Mihai Copăceanu

DROGURILE

O carte obligatorie

Prefață de Constantin Bălăceanu Stolnici

EIKON

Mihai Copăceanu

DROGURILE

O carte obligatorie

© Editura EIKON
București, Str. Smochinului nr. 8, sector 1
cod poștal 014605, România

Difuzare / distribuție carte: tel/fax: 021 348 14 74
mobil: 0733 131 145, 0728 084 802
e-mail: difuzare@edituraeikon.ro

Redacția: tel: 021 348 14 74
mobil: 0728 084 802, 0733 131 145
e-mail: contact@edituraeikon.ro
web: www.edituraeikon.ro

Editura Eikon este acreditată de Consiliul Național al Cercetării Științifice din Învățământul Superior (CNCSIS)

Descrierea CIP este disponibilă la Biblioteca Națională a României

ISBN: 978-606-711-841-4

Editor: Valentin Ajder

Mihai Copăceanu

DROGURILE

O carte obligatorie

Prefață de
Constantin Bălăceanu Stolnici

EIKON
2018

IN HONOREM
CONSTANTIN BĂLĂCEANU STOLNICI
la împlinirea vârstei de 95 de ani

Constantin Bălăceanu-Stolnici (n. 6 iulie 1923, Bucureşti) este un om de ştiinţă român, medic neurolog, doctor în medicină, antropolog, istoric, boier, descendent din familia Bălăcenilor (secolul 13), profesor de neuropsihologie şi anatomie a sistemului nervos, pionier în domeniul neurociberneticii, membru de onoare al Academiei Române, Director de Onoare al Institutului de Antropologie "Fr. I. Rainer" al Academiei Române, Preşedintele Centrului Internaţional Antidrog şi pentru Drepturile Omului (CIADO), autor de tratate de specialitate, conducător de doctorat şi conferenţiar neobosit la evenimente naţionale academice ori în faţa publicului larg cu scopul prevenirii consumului de droguri în rândul tinerilor. În 2015, la vârsta de 92 de ani, a acceptat să coordoneze cercetarea de doctorat a autorului acestei cărţi.

Cuprins

Prefață 9
Cuvânt înainte 17
Cuvânt de bucurie 19
Despre Mihai 20

I. Introducere 21
Cazul Maria 23
I.1. Drogurile – o problemă globală 31
I.2. Drogurile în Europa și în România 35

II. Drogurile în istorie 43
II.1. Paleolitic (epoca pietrei cioplite) 45
II.2. Vechiul Testament 50
Antropa bellaDonna (Mătrăguna) 52
II.3. Cultura mayașă târzie 54
II.4. Egipt – studiul mumiilor 55
II.5. Drogurile în Asia preistorică 58
II.6. Drogurile în America precolumbiană 59
II.7. Orientul Apropiat 63
II.8. Drogurile în Africa 64
Marijuana 69

III. Drogurile – O perspectivă antropologică 71
III.1. Antropologia și șamanismul 75
III.2. Antropologia consumului de tutun 77
Cum renunțăm la fumat? 78
Canabis 84
Ritualuri magico-religoase 86

IV. Aspectul cultural al consumului de droguri 89
IV.1. Drogurile și cultura.
America de sud – *ayahuasca* 94

IV.2. Drogurile şi vracii 98
IV.3. Iniţierile şamanice australiene 100
IV.4. Exemplul Indiei 102
IV.5. Drogurile şi adolescenţa 104
IV.6. Influenţa părinţilor 105
IV.7. Structura familială 106
IV.8. Influenţa grupului 106
IV.9. O cultură nouă: cultura online a drogurilor 107
IV.10. Drogurile şi muzica 109
IV.11. Drogurile şi sexualitatea 112
IV.12. Drogurile şi religia 114
IV.13. Concluzii 116

V. Populaţia tânără şi consumul de substanţe psihoactive. Efecte pe termen scurt asupra sănătăţii bio-psiho-sociale 119
V.1. Introducere 119
V.2. Date privind consumul în rândul adolescenţilor în România, Europa şi în alte state 122
V.3. Studii despre adolescenţă 127
V.4. Dezvoltarea psihică 131
V.5. De ce tinerii consumă droguri? De ce tinerii reprezintă o categorie vulnerabilă? . 132
V.5.a. Explicaţii psihanalitice 133
V.5.b. Căutări, întrebări, angoase 136
V.5.c. Fumat, alcool şi alte droguri 137
V.5.d. De la copilărie la adolescenţă – un drum iniţiatic 137
V.5.e. Factori protectivi care inhibă abuzul de alcool la copii şi tineri 141

V.5.f. Riscurile asociate cu abuzul de alcool la copii și tineri..... 142
V.6. Efecte negative ale consumului de alcool și droguri pentru copii și tineri..... 145
Efectele heroinei 147
Halucinogene 148
Cocaina 150
Amfetaminele..... 151
V.7. Efecte la nivel neurocerebral. Cum afectează drogurile creierul?..... 156
V.8. Efecte asupra sănătății mintale..... 162
V.9. Efecte la nivel social, răniri accidentale și violente 164
V.10. Comportament sexual și alcoolul..... 166
Contracepție..... 168
V.11. Cum pot fi influențați copiii în consumul de alcool. Influențe negative. Familia 170
Consumul de substanțe în cazul părinților ...171
Comunitate..... 173
V.12. Ce rol au trăsăturile de personalitate? 177
V.13. Factori genetici..... 180
V.14. Un nou factor de risc: social media.. 182
Reclame 184
Tipuri de consum 185
V.15. Măsuri eficiente de reducere a consumului de substanțe în rândul copiilor....186
Programe de prevenire și intervenții eficiente centrate pe consumul de substanțe la adolescenți 187
V.16. Intervenții eficiente pentru reducerea consumului de substanțe..... 190

V.16.a. Programe de prevenire în școală 195
V.16.b. Programe de prevenire pentru familie 197
V.16.c. Tratament medicamentos..... 199
Disulfiramul (antalcol, antabuse)..... 200
Acamprosatul ca medicație de prevenire a recăderii 202
V.17. Scurte intervenții utilizând tehnologia mobilă..... 203
De ce media socială și / sau tehnologia mobilă?..... 204
V.18. Modele teoretice..... 205

Anexe: instrumente de evaluare a consumului de alcool (AUDIT, MAST, CAGE, DAST)..... 215
Chestionar audit..... 215
Chestionar Mast..... 219
Chestionarul pentru evaluarea dependenței de alcool Cage 222
Testul de screening pentru detectarea 223

Bibliografie..... 227

PREFAŢĂ

Cartea domnului Mihai Copăceanu abordează cu mult curaj şi competenţă una din marele probleme dar din marile tragedii ale contemporaneităţii.

Consumul şi dependenţa de droguri este una din cele mai sumbre forme de activitate umană prin efectele nocive pe care le are asupra indivizilor şi perspectiva tragică pe care o deschide pentru destinul speciei noastre.

Consumul de droguri a început de mult, probabil încă de la zorile umanităţii.

Cel mai plauzibil este că iniţial consumul de droguri halucinogene a fost legat de unele ritualuri magico-religioase, şi anume creierea stărilor de transă caracteristice pentru cultele de tip şamanic (studiate minuţios de Mircea Eliade) ce se mai practică şi azi mai ales de unele populaţii himalaiene. Se ştie, că în cursul acestor transe şamanii efectuau bine cunoscutele lor călătorii în lumea cealaltă (atât de bine analizate de Petru Culianu). Există un document interesant care atestă practicarea transelor încă din Paleolitic. Astfel pe pereţii peşterii de la Lascaux (din Magdalenian) se află o scenă în care un şaman căzut în transă are o viziune terifiantă în timp ce sufletul său a părăsit corpul sub forma unei păsări. Şamanul nu este mort cum au susţinut unii căci este în erecţie ceea ce este imposibil în cazul unui cadavru dar prezent în stările de vis sau somn REM.

Istoria culturii ne aduce numeroase dovezi privind folosirea de halucinogene pentru realizarea stărilor de transă sau de meditație mistică ca și pentru unele activități oraculare (de ex. Pithia de la Delfi sau Sibila de la Cuma).

De asemenea primele consumări de droguri au apărut și odată cu folosirea empirică de plante medicinale. Știm astăzi că astfel de plante erau deja folosite de omul din Neanderthal, cum a precizat printre alții Karen Hardy. Probabil că de atunci sau din Paleolitic au fost cunoscute efectele analgezice și calmante ale opiaceelor a căror utilizare este atestată încă din Neolitic. De atunci până în zilele noastre aceste produse din Papaveracee au fost și sunt folosite nu numai în medicina empirică dar și în cea științifică.

Tot cu ajutorul unor produse vegetale oamenii au căutat să-și stimuleze activitatea. Sunt produse ca frunzele de coca sau boabele de cafea care au fost folosite ca mijloace de activare a tonusului psihic, de dinamizare a activităților cognitive la care destul de recent s-au adăugat amfetaminele folosite inițial pentru a menține eficacitatea trupelor pe front, luciditatea studenților la examene și ca anorexice.

Din păcate toate aceste droguri au proprietatea de a genera și stări de plăcere. Omul dispune de un dispozitiv neurobiologic sau neuropsihologic, sistemul de răsplată, care generează astfel de stări de plăcere care stau la baza motivațiilor hedonice umane. Așa că foarte repede folosirea unor droguri a fost comutată din domeniul ritualurilor magico-religioase și cel al medicinii în cel al goanei după plăcere.

Nu trebuie să uităm că unele droguri au fost de la început utilizate numai pentru capacitatea lor de a crea trăiri plăcute, cum ar fi de exemplu alcoolul a cărui consum a debutat poate în Paleolitic dar sigur în Neolitic sub forma de vin (cum o atestă vasul dela Haji Firuz Tepe) sau de bere (cum a demonstrat printre alţii Robert Braidwood). Întreaga istorie a umanităţii ne arată că în toate timpurile şi locurile oamenii au consumat pentru plăcerea lor băuturi alcoolice rezultate din fermentarea şi distilarea unor fructe sau cereale.

Consumul de droguri strict pentru plăcere există deci de foarte mult timp dar în afară de folosirea alcoolului şi mai târziu a cafelei şi tutunului, el s-a manifestat foarte discret, mai mult în cercul elitelor fără să fie o problemă medicosocială până prin 1960 când generaţia beatnicilor, care promovau o contracultură îndreptată împotriva valorilor şi reperelor tradiţionale ale vieţii sociale a generat o adevărată revoluţie care a început în California (mai exact în Golden Gate Park din San Francisco). Aceasta va genera mişcarea hippie ce va cultiva o vestimentaţie nonconformistă, muzica psihedelică rock, libertatea sexuală şi consumul de droguri, acea cultură postmodernistă a discotecii. De atunci consumul hedonic de droguri (mai ales de droguri tari) a devenit o plagă a umanităţii şi una din sursele de venituri principale ale crimei organizate şi a poliţiştilor şi magistraţilor corupţi.

Producerea stărilor afective plăcute, relaxante sau exaltante (uneori cu efecte creatoare chiar în domeniile literar şi artistic) prin impactul moleculelor

de drog asupra sistemului de răsplată din encefal, în special asupra neuronilor dopaminergici din aria tegmentală ventrală, este marea calitate prin care acestea s-au impus. Din păcate creierea acestor stări prin „manipularea" receptorilor din creier cu ajutorul moleculelor respective devine nocivă cu timpul prin efecte negative asupra rețelelor neuronale (mai ales din lobul prefrontal) dar și asupra altor celule din alte organe (ficat, sistem cardiocirculator etc.) care pot antrena deteriorări biologice mergând până la moartea consumatorului. De asemenea pot determina tulburări de comportament care duc la distrugerea consumatorului din punct de vedere psihosocial ce pot face din el un rebut periculos pentru el și cei din jur. Fragilitatea ființelor umane față de droguri este o realitate antropologică inevitabilă determinată genetic în forme variate de la individ la individ, care a impus atunci când a fost conștientizată toate măsurile prohibitive ce au apărut un ultimele secole.

Lucrurile sunt însă mult mai grave, căci din cauza plasticității sistemului nervos drogurile produc modificări astăzi destul de bine cunoscute și persistente ale rețelelor neuronale și poate și ale sistemului nevrogliei. Acestea într-o primă fază determină o adaptare care duce la sporirea cantităților consumate pentru a obține efectele hedonice scontate și apoi din păcate impune folosirea drogurilor doar pentru a evita penibilele, uneori groaznicele, trăiri produse de lipsa de drog. Manifestările sevrajului care depășesc planul pur al trăirilor psihologice neplăcute și antrenează suferințe biologice ce pot determina chiar moartea sunt una din fețetele cele mai dramatice ale

consumului şi dependenţei de droguri. Tot atât de grave cu efecte de cele mai multe ori letale sunt şi supradozările care pot apare accidental sau voit în cadrul unor tentative de sinucidere sau de asasinat frecvente în universul trist al consumatorilor de droguri. La acestea trebuie să adăugăm frecventele infecţii (abcese, flegmoane, tromboflebite, dar mai ales contaminări cu virusul HIV (SIDA) sau al hepatitei C). Toate acestea dau consumului de droguri o dimensiune medicală dramatică.

Extrem de grav este şi faptul că folosirea mai îndelungată de droguri determină o boală cronică neuropsihică cu substrat organic care se manifestă prin dependenţa de drog. Aceasta nu este o simplă tulburare de comportament expresie a lipsei de control a eului, sau a unei ştergeri a reperelor morale, nu este doar expresia unui proces cultural sau educaţional, ci este o boală propriu zisă care necesită tratamente medicale complexe, şi asistenţă psihologică nu sancţionare (privare de libertate, sau chiar execuţie). Adicţia este printre altele rezultatul implicării sistemelor mnezice din encefal (în special a hipocampului) în cursul trăirilor provocate de consumul de droguri. De aceea dependenţa nu mai trebuie să fie o problemă a organelor de represiune şi de justiţie aşa cum a fost privită până de curând. **Acuma în majoritatea ţărilor civilizate dependentul numai e considerat un infractor ci o victimă**. Prin esenţa ei adicţia aparţine antropologiei medicale şi a unei forme anumite de medicină curativă şi recuperatorii care necesită enorme eforturi profesionale şi economice în care este necesar să se implice şi societatea

civilă. Nu este vorba numai de o solidaritate sau de un demers filantropic ci şi de o înţelegere care presupune o schimbare de atitudine din partea societăţii faţă de foştii consumatori care numai trebuie să fie stigmatizaţi şi marginalizaţi.

Din păcate, tratamentele de dezintoxicare şi recuperare sunt încă dezasperant de puţin eficace pe termen lung. Oricând fenomenul de *craving* şi recăderile sunt posibile. De aceea este nevoie de eforturi continue, şi de o mare răbdare. În plus se impun şi eforturi atât în planul cercetării fundamentale cât şi a celei aplicative pentru sporirea eficienţii demersului medical şi a celui psihoterapeutic. S-a ajuns chiar la o nouă filozofie potrivit căreia în unele cazuri nu trebuie să ajungem la un sevraj complet ci doar la o reducere acceptabilă a dozelor.

Ceea ce se neglijează este principiul mare al medicinii potrivit căreia **prevenţia este mai utilă decât tratamentul**. Prevenţia în cazul nostru presupune în primul rând diminuare sau eradicarea producţiei sau difuzării drogurilor ceea ce cade aproape exclusiv în domeniul organelor specializate ale statului. Dar prevenţia presupune şi diminuare sau eradicarea cererii. Aci statul dar mai ales societatea civilă trebuie să intervină prin programe educaţionale la toate nivelele şi prin creierea de alternative (cultură, artă, sport, călătorii etc). Din păcate această strategie este încă insuficient de înţeleasă şi de susţinută.

Amploarea crescândă a consumului de droguri a devenit astăzi o problemă planetară unii considerând-o şi o problemă de supravieţuire a speciei. Din nefericire oamenii politici şi mediile de informare

nu-i acordă în general prioritatea necesară. Aici intervin și presiunile grupurilor de interese căci producția și comercializarea drogurilor este una din cele mai rentabile investiții. Oricine știe ponderea importantă a comercializării băuturilor alcoolice și a tutunului în economia statelor moderne. De asemenea se cunosc state ca Perul, Columbia, Laosul sau Afganistanul pentru care producția și comercializarea drogurilor tari reprezintă o parte importantă a PIB-ului. La aceasta se adaugă inventivitatea traficanților pentru a scăpa de justiție prin tehnicile de spălare a banilor și cele de corupere a autorităților. Nu se sfiiesc să folosească cele mai grosolane metode de amăgire ca recentă inovație a produselor așa zise etnobotanice.

Această carte parcurge cu toate problemele legate de consumul și dependența de droguri. Ea dă și unele soluții. Să sperăm că efectele ei nu se vor limita doar la o informare a publicului dar și la mobilizare a lui pentru a participa activ la lupta împotriva acestui flagel.

Constantin Bălăceanu Stolnici
Membru de onoare al Academiei Române
Președintele Centrului
Internațional Antidrog
și pentru Drepturile Omului
(CIADO)

Olivera Petrovich este membră a două facultăți din cadrul Universității din Oxford, la Departamentul de Psihologie Experimentală unde conduce cercetări empirice și predă cursuri de psihologie și la Facultatea de Teologie (Colegiul Wolfson) unde predă psihologia religiei. Cu o experiență de peste 30 de ani la Universitatea din Oxford, proiectele domniei sale includ cercetarea psihologică a religiei în dezvoltarea umană pe tot parcursul vieții și în diferite culturi, inclusiv Japonia; natura înțelegerii religioase și originea conceptelor religioase. În perioada 2008-2009 a coordonat cercetarea postuniveritară în domeniul psihologiei religiei a psihologului Mihai Copăceanu (Colegiul Balliol din Oxford).

Cuvânt înainte

Cartea lui Copăceanu este o contribuție promptă și relevantă la o problemă tot mai arzătoare în multe părți ale lumii – abuzul de substanțe.

Abordarea sa multidisciplinară pe această temă oferă potențialilor cititori ceva de învățat, reflectat și chiar de implementat în viața de zi cu zi, în funcție de interesele lor profesionale și personale.

Copăceanu este bine plasat pentru a aborda acest subiect: programul său de masterat în dependență de la prestigiosul King's College din Londra, precum și o înțelegere largă a unor domenii academice precum psihologia, teologia și educația conferă o autoritate semnificativă efortului care a dus la obținerea titlului actual în societatea românească contemporană.

Ca atare, cartea promite să aducă cititorilor din diferitele domenii ale vieții un subiect de reflecție și de dezvoltare ulterioară în moduri specifice nevoilor României, mai ales semnificative pentru tineri, a căror căutare a identității și a locului semnificativ în lume poate duce adesea pe calea abuzului de substanțe.

Psiholog Dr. Olivera Petrovich
2 mai 2018, Oxford

CUVÂNT DE BUCURIE

Mihai este o stea respectată în comunitatea psihologiei românești. L-am văzut vorbind la conferințele din România exprimând încredere și o maturitate mult peste anii săi. Este bine documentat, devotat, inteligent și deschis spre noi moduri de gândire și învățare.

Am condus Masteratul în dependență la Institutul de Psihiatrie (King's College London) când Mihai mi-a fost student. De asemenea, am supervizat proiectul său de cercetare privind relația dintre doza de metadonă, atitudinea pacienților dependenți de heroină și înțelegerea tratamentului. A elaborat cel mai bun proiect în anul său și a recrutat cei mai mulți participanți aproape 200 de pacienți (nemaiauzit în timpul unui proiect de masterat – o dovadă clară a tenacității și capacității sale de a relaționa extraordinar cu oamenii).

Este inteligent și foarte motivat. Știu că va susține dezvoltarea psihologiei în România. Se descurcă bine cu pacienții, cu personalul și are o dispoziție generală fericită, dar serioasă.

Dr. Adam R. Winstock[1]

[1] Adam R. Winstock este profesor la University College London, psihiatru, expert internațional în adicții, fondatorul Global Drug Survey, cel mai mare studiu anual în domeniul drogurilor din lume.

Despre Mihai

Mihai Copăceanu este unul dintre cei mai inteligenţi studenţi pe care i-am avut la Universitatea "Lucian Baga" din Sibiu. Apetitul cultural, curiozitatea ştiinţifică, spiritul critic, nervul, onestitatea şi atitudinea civică la care se adaugă sensibilitatea inerentă copilăriei trăite în etosul spiritual rural şi ambiţia sa de bănăţean sunt, fără îndoială, ingredientele unei deveniri intelectuale şi publice de succes. Dată fiind vârsta încă tânără, dar şi urgenţa redactării unor articole, dictată adesea de factori evenimenţiali, din punct de vedere stilistic, formal, tehnic, scriitura lui e perfectibilă. Importante sunt deocamdată spiritul critic, nervul, curajul de a face vivisecţii ideatice pe viscerele unor cutume, convenţii, norme sau instituţii rutinate, profunzimea, luciditatea, simţul pluridisciplinar care transpar din toate textele pe care le semnează, fie că e vorba de discurs psihologic sau jurnalistic.

Vasile Chira,
scriitor şi filosof
(Universitatea Lucian Blaga, Sibiu)

I. INTRODUCERE

Drogurile şi dependenţa de droguri sunt o problemă mult mai veche decât ne imaginăm. În 1378 emirul Soudon Sheikhouni al Arabiei a încercat să pună capăt abuzului de cânepă indiană în rândul sărăcimii, distrugând culturile de cânepă, închizându-i pe toţi mâncătorii de cânepă şi poruncind să li se scoată dinţii celor condamnaţi.[1] Balzac era dependent de cafea, iar Freud de ţigări, ceea ce i-a cauzat moartea.

Vom vedea în paginile ce urmează că drogurile au fost consumate şi în epoci care se întind până în antichitate sau chiar paleolitic. Drogurile, cu toate că au o istorie destul de lungă au devenit interzise foarte târziu. În Anglia, cocaina a fost interzisă abia în 1916 (legea 40b).[2] În S.U.A. din cauza efectelor ucigătoare asupra societăţii, Curtea Supremă a interzis farmaciştilor să mai prescrie droguri doar şase ani mai târziu. Heroina a fost interzisă în 1905, marijuana în 1925, amfetaminele în 1965, LSD-ul

---

[1] Griffith, Edwards (2006), *Drogurileo tentaţie ucigaşă*, trad. de Octav Ciucă, Ed. Paralela 45, p.175

Sussman, Susan, A. (2008), *Drug abuse. Conception. Prevention.Cesation.*, Cambridge University Press

în 1966, cocaina în 1970 și Ecstasy (MDMA) în 1985.

Consumul de droguri este un fenomen social, antropologic, medical, politic, cultural și economic, ce a luat o amploare nebănuită la începutul acestui mileniu, iar tinerii români, cea mai vulnerabilă categorie, sunt lipsiți de o informare corespunzătoare în ceea ce privește pericolul consumului de droguri.[3]

Oamenii consumă droguri cu o gamă largă de efecte psihoactive, fie că sunt stimulanți, sedative, halucinogene, opiacee sau droguri cu acțiuni combinate. Stimulanții conțin compuși care sporesc vigilența și reglează funcția mentală, creând o stare de bine, precum cocaina, khat, amfetaminele și cafeina. Sedativele (alcoolul, eterul, barbituricele, tranchilizanții benzodiazepiniHalcion, Xanax, Ropypnol, Ativan-) produc efecte opuse, induc somnolență, au efect de calmare, reduc timpul de reacție și conduc la pierderea coordonării motrice. Pe de altă parte, halucinogenele (LSD, mescalina, ketamina, ayahuasca) au ca efect tulburarea percepției și deformarea unor simțuri.[4]

Psihologii consideră că cea mai vulnerabilă categorie expusă o reprezintă tinerii, mai ales

[3] Baciu, Adina, *Aspecte antropologice privind influența drogurilor asupra tinerilor în societatea modernă*, Antropologie și Societate, colecția zilele Rainer, 2015, coord Andrei Kozma, Cristina Glavce

[4] Linden, David J. (2014), *Busola plăcerii, de ce ne plac jocurile, mâncarea nesănătoasă, alcoolul, orgasmul și marijuana*, trad din engleză și note Loredana Maria Oprea, Ed. All, București p 45

elevii de școală, puberi și adolescenți.[5] Conform unui studiu cantitativ realizat între 2013 și 2014, care a inclus 1.359 adulți tineri cu vârsta cuprinsă între 18-30 ani (vârsta medie 22,67 ani) cu privire la motivele consumului de alcool, participanții au raportat următoarele: au încercat pentru prima dată alcoolul datorită curiozității (67,8%), pentru a fi asemenea colegilor (17,9%), fiind influențați de adulți (6,5%), și din plictiseală (4,8%). Consumul de droguri este una din principalele cauze de probleme de sănătate și deces în rândul tinerilor din Europa. În ultimii 60-70 de ani cercetătorii, clinicienii, sociologii, antropologii au depus toate eforturile pentru înțelegerea, explicarea și tratarea dependenței de droguri. Psihiatrul american Nesse calculase aproximativ 18.000 de articole dedicate consumului de droguri până la finalul anilor 1990.[6]

Cazul Maria

Maria, un adolescent de 17 ani, elevă la un colegiu din București, a fost trimisă la tratament de către părinții ei, după ce a avut note mici și rezultate scăzute la materiile școlare fiind în situația de corigență și abandon școlar. În timp ce se afla acasă în vacanța de la începutul acestui an, părinții au găsit niște pastile în camera ei, dar au lăsat-o să se

[5] Răşcanu, R. (2008), *Dependență și drog. Aspecte teoretice și clinice-ameliorative.* București, Editura Universității., p 93

[6] Nesse, R. (1994): An evolutionary perspective on substance abuse. Ethology and Sociobiology 15: 339-348.

întoarcă la școală după ce a promis că nu le va mai folosi. Rezultatele școlare extrem de scăzute reprezintă doar o parte din motivul pentru care părinții au decis ca ea să urmeze un tratament. Ei au fost îngrijorați cu privire la recenta ei pierdere în greutate, știind că sora ei mai mare s-a luptat cu bulimia.

Maria le-a spus părinților că a început să consume marijuana, la vârsta de 15 ani, cu un văr. În primul an de liceu, ea a avut dificultăți cu adaptarea la noile exigențe școlare, cât și la noul cerc de prieteni. Cu toate acestea, în anul următor, ea s-a împrietenit cu o trupă de muzică dance electronică, care a ajutat-o să-și definească o identitate proprie, ajungând să consume droguri precum Ecstasy, metamfetamină și alte halucinogene, împreună cu aderarea la idei noi despre politică, viața socială, muzică și artă. Ea și-a găsit prieteni din clasele mai mari cu idei comune cu care păstrează legătura alături de alți amici din trupa de muzică din liceu.

În cadrul terapiei, Maria i-a spus psihologului că ea s-a simțit mult timp neglijată de părinții ei, care sunt prea interesați de lucrurile materiale. Pentru ea și anturajul ei consumul de droguri este o formă de răzvrătire împotriva atitudinilor materialiste ale părinților lor. De aceea, respinge atitudinea familiei ei. Ea a vorbit pe larg despre modalitățile de a achiziționa și de a pregăti substanțe halucinogene relativ necunoscute, despre tipul de muzică pe care o ascultă în timpul consumului, și despre modul în care poate evalua calitatea drogului pe care îl consumă, respectiv marijuana.

Maria consideră că nu are o problemă cu consumul de droguri. Ea spune că notele slabe reflectă lipsa de interes față de liceu, pe care ea îl frecventează doar pentru că oamenii (părinții) au aceste așteptări de la ea. Când a fost întrebată ce șiar dori să facă, a răspuns că nu are niciun obiectiv clar definit, și vrea doar să facă „ceva cu arta sau muzica." Maria ne-a mai zis că, spre deosebire de cei mai mulți dintre colegii ei, nu consumă alcool și a încetat să mai consume droguri precum Ecstasy și metamfetamină, droguri responsabile pentru scăderea în greutate. Este convinsă că poate continua să fumeze *Salvia divinorum*, despre care declară că „nu este nici măcar ilegală", sau să consume alte substanțe halucinogene. Salvia reprezintă o întreagă familie de plante dintre care face parte și menta însă doar Salvia divinorum are efecte halucinogene. Planta se consumă din pipe speciale deoarece fumul trebuie să fie cald pentru a avea efect.

Maria este de neclintit în privința păstrării prietenilor ei (anturajul), despre care spune că au susținut-o foarte mult și nu sunt materialiști ca părinții ei.

La o primă lectură a acestui studiu de caz se pot desprinde câteva idei esențiale pentru cultura tinerilor din zilele noastre și anume:

1) O nouă cultură a drogurilor, a generației tinerilor de astăzi, devine confirmată și prin acest exemplu. Culturile care prezintă într-o lumină pozitivă drogurile au o influență socială directă mult mai mare decât părinții sau școala.

2) Multe dintre valorile centrale ale culturii drogurilor ilicite implică respingerea societății tipice și a valorilor culturale (așa-numita răzvrătire).

3) Relația dintre droguri și culturile de masă nu este unidirecțională. Cultura drogurilor poate avea efect asupra instituțiilor culturale de masă, în special prin intermediul muzicii, artei și literaturii. Încă din anii 1920, când marijuana a devenit asociată cu muzica jazz, sa creat o legătură între muzică și unele tipuri de substanțe consumate.

4) Consumatorii adoptă „normativitatea" grupului deviant în care întreprind obișnuința (grup deviant, nonconformist, de multe ori antisocial), fapt ce îi va duce la inovații pentru soluții de procurare a drogului, tentative de abstinență nefinalizate, obicei, boală.[7]

Deci, care este definiția drogului și ce se înțelege prin drog? Un drog este o substanță chimică, cu o acțiune farmacologică bine definită, folosit în diagnosticarea medicală, într-o cură de vindecare, în tratamentul sau prevenirea unor boli. Aceasta înseamnă că, spre deosebire de substanțele alimentare, drogurile medicale creează o schimbare predictibilă în funcționarea corpului, cum ar fi o rată crescută a bătăilor inimii sau o schimbare a fluxului sângelui.[8] Pe scurt și oarecum anecdotic, o definiție a drogului ar fi următoarea: orice substanță care introdusă în corp produce efecte la nivel

[7] Răşcanu, R. *op cit, p 93*

[8] Goldberg, R, (2016), Dependențele copiilor și tinerilor. Lupta pentru libertate, Ed Univers Enciclopedic, București, p 98

chimic. În ceea ce ne privește, prin droguri în sensul înțeles în cultura noastră, ne referim la substanțe față de care o persoană poate deveni dependentă sau poate dezvolta toleranță. O persoană care este în prag de dependență înseamnă că se regăsește în situația dificilă de a renunța la drog și are nevoie de consumul acelei substanțe pentru a obține efectele dorite sau pentru a evita stările negative.

Dacă luăm doar exemplul dependenței de alcool aceasta a suferit multe definiții așa cum citim în tabelul de mai jos (dupa Keller și Doria, 1991)[9]

Anul	Evenimentul
1849	Termenul de alcoolism este „inventat" de Dr. Magnus Huss reprezentând o boală dată de consumul excesiv de alcool.
1866	Dr. M. Gabriel, din Franța, este primul care folosește acest termen în sensul modern, ca o boală manifestată printr-o pierdere a controlului consumului de alcool, ducând la consum în exces.
1882	Reverendul J.E.Todd publică eseul „Beția un viciu, nu o boală" ("Drunkenness a Vici, Not a Disease") continuând dezbaterea dacă alcoolismul este o boală sau o problemă de morală, dezbatere care mai continuă și astăzi.
1933	Alcoolismul este trecut în „Nomenclatura și Clasificarea Standard a Bolilor" cu aprobarea Asociației Medicale Americane și a Asociației Psihiatrice Americane

[9] Keller M, Doria J: On defining alcoholism, Alcohol Health & Research World, 1991, 15:253-259

1944	Alcoolismul este inclus în „Manualul pentru Codificarea Cauzelor Bolilor" din SUA
1952	DSM-I definește alcoolismul ca o „adicție" la alcool. Este văzut ca o tulburare de personalitate și/sau tulburare psihică nepsihotică.
1960	Jellinek definește alcoolismul ca „orice folosire a băuturilor alcoolice care produce daune individului, societății sau ambelor" și propune o clasificare în cinci subtipuri a alcoolismului, dintre care primele două descriu boala alcoolică, subtipul „gamma" se referă la pierderea controlului consumului și subtipul „delta" se referă la incapacitatea de a se abține de la băut (dorința – *craving-ul*) și celelalte descriu „problemele date de băut".
1967	Clasificarea Internațională a Bolilor, versiunea 8-a (ICD-8, OMS) extinde definiția alcoolismului și cuprinde și problemele date de consumul de alcool. 1968 Manualul Statistic de Diagnostic (DSMII) prezintă o nouă definiție a alcoolismului bazată pe ICD-8 și clasifică alcoolismul în trei categorii: una caracterizată ca adicție, deci ca boală și celelalte ca „băut excesiv" sau ca „problemă dată de băutură".
1968	Manualul Statistic de Diagnostic (DSM-II) prezintă definiția alcoolismului bazată pe ICD-8 și clasifică alcoolismul în trei categorii: una caracterizată ca adicție, deci ca boală și celelalte ca „băut excesiv" sau ca „problemă dată de bautură"
1972	Alcoolismul este inclus în lista celor 14 boli psihice pentru care Feighner și colaboratorii stabilesc primele criterii standardizate de diagnostic. Alcoolismul este stabilit pe baza simptomelor de sevraj și a lipsei de control asupra consumului odată pornit. Alte criterii includ problemele medicale, legale, ocupaționale și sociale date de consum.

1976	Consiliul Național al Alcoolismului din SUA definește alcoolismul ca o boală ce constă într-o dependență patologică și o creștere a toleranței la alcool.
1976	**Edwards și Gross publică în British Medical Journal descrierea sindromului clinic de dependență.**
1978	Apare ICD-9, în care termenul de alcoolism este eliminat și este inclus sindromul de dependență precum și beția patologică, sindromul de sevraj, delirium tremens, halucinoza etilică, etc.
1980	Apare DSM-III care distinge două clase nosologice ale alcoolismului: abuzul de alcool și dependența de alcool și introduce criterii stricte de diagnostic.
1981	Cloninger, Bohman și Sigvardsson identifică două tipuri de alcoolism în funcție de importanța încărcăturii genetice: tipul I determinat de interacțiunea dintre mediu-genetică și tipul II determinat mai mult de zestrea genetică.
1987	Apare DSM-III-revizuit în care dependența de alcool are nouă criterii și diagnosticul necesită prezența a trei dintre acestea cu o durată de cel puțin o lună sau repetate de mai multe ori în timp. Abuzul de alcool necesită simptome generale în loc de simptome specifice.
1990	Societatea Americană de Medicină Adictivă include factori genetici, psihologici și ambientali și propune definiția: „Alcoolismul este o boală primară, cronică, influențată în dezvoltarea și manifestările ei de factori ambientali, psihosociali și genetici. Boala este adesea progresivă și fatală. Este caracterizată de afectarea continuă sau periodică a controlului băutului, preocupări legate de consum, folosirea alcoolului în ciuda consecințelor adverse și distorsiuni in judecată, în special negarea acestora".

1992	Apare ICD-10, în care se descriu subtipul de consum daunător de alcool, sindromul de dependență și sevrajul, complicat sau nu.
1994	Apare DSM-IV unde descrierea abuzului de alcool este mai detaliată, iar criteriile pentru dependență sunt bine conturate cu specificarea dependenței fiziologice

Consumul de substanțe psihoactive a început cu milenii în urmă, fiind cunoscute peste 6.000 de specii și plante cu proprietăți psihoactive. Există diferite opinii cu privire la originea cuvântului „drog". Unii autori consideră că ar proveni din cuvântul persan „droa" care înseamnă miros aromatic, alții consideră că ar deriva din cuvântul evreiesc „ra-kab" – parfum, iar după alții, la origine ar sta termenul olandez „droog" care desemna substanțele vegetale vândute de farmaciști. Acest fapt explică de ce pentru lumea anglo-saxonă, chiar și astăzi, cuvântul „drog" desemnează orice medicament comercializat prin farmacii, deci nu numai sensul de stupefiant.[10]

În sens larg, prin droguri înțelegem cafea, ceai, coca cola, ciocolată, tutun. De-a lungul timpului, unele dintre substanțele numite droguri au ajuns să fie acceptate social mai ales datorită funcției sociale. Cafeina, de exemplu, este una dintre cele mai folosite substanțe din lume. În țările occidentale, 80% dintre adulți consumă în mod regulat băuturi care conțin cafeină, în principal sub forma cafelei

[10] Dănilă, Claudiu George (2010), Strategii terapeutice în consumul și dependența de droguri, teză de doctorat, Universitatea de Medicină și Farmacie „GR. T. Popa", Iași, p 5

şi ceaiului.[11] Cafeina este consumată de copii sub forma băuturilor răcoritoare (Coca Cola, Pepsi, Red bull, cacao). Alcoolul se ştie că acţionează asupra inhibiţiei generând o anume stare de bine, consumatorii se simt mai relaxaţi şi mai îndrăzneţi. Consumul de tutun încă de la vârstele mici are un rol în integrarea de grup. Cu toate acestea, deşi doar în unele state, alcoolul este interzis prin lege, el provoacă cele mai multe victime, după tutun, fiind totodată cauza cea mai răspândită de morbiditate.

I.1. Drogurile – o problemă globală

Biroul Naţiunilor Unite pentru Droguri şi Criminalitate a identificat problema majoră a drogurilor de pe fiecare continent, analizând cererile pentru tratament din aceste locuri. Din 1998 până în 2002, Asia, Europa şi Australia au evidenţiat probleme majore cu dependenţa de opium, America de Sud predominant s-a confruntat cu dependenţa de cocaină, pe când Africa a fost afectată de dependenţa de canabis.[12] În schimb, în America de Nord, dependenţa de droguri a fost relativ distribuită între opium, cocaină, canabis, amfetamine şi alte narcotice. Oricum dincolo de aceste preponderenţe, într-o cantitate mai mare sau mai mică, toate tipurile de droguri sunt consumate pe toate continentele.

[11] Goldberg, op cit, p 100

[12] United Nations Office on Drugs and Crime, www.unodc.org/pdf/WDR_2004/WDR_2004_presentation.pdf

Spre exemplu, în 2006 recolta de mac opiaceu în Afghanistan reprezenta 92% din producţia la nivel mondial şi depăşea cererea globală cu 30%, totalizând 6.100 tone, veniturile din culturile de opiu urmând a atinge suma de 3 miliarde de dolari iar supraoferta masivă de heroină nu a dus la scăderea preţului, ci la creşterea purităţii acesteia, ceea ce înseamnă mai multe decese datorate supradozei.[13]

Afganistanul (cu aproximativ 156.000 ha/an) rămâne şi până în 2015 cel mai mare producător ilegal de opiu din lume şi majoritatea heroinei găsită în Europa se consideră a fi produsă acolo sau în ţările vecine, Iran sau Pakistan. De-a lungul timpului, producţia de opioide din Europa s-a limitat la fabricarea artizanală de produse din mac în unele ţări estice. Descoperirea, în perioada 2013-2014, a două laboratoare de transformare a morfinei în heroină în Spania şi a unui laborator în Republica Cehă, arăta însă că, în prezent, heroina ar putea fi produsă şi în Europa.[14]

Potrivit UNODC, o altă ţară producătoare de opiacee este Myanmar (32.800 ha cultivate în 2005 şi o producţie de 312 tone opium), Mexic (3.300 ha şi o producţie de 69 de tone anual), urmată de Pakistan (61 de tone), Columbia (28 de tone) şi Laos

[13] Drugs chief calls for extra resources to help NATO target Afghan opiu, Brussels, UNODC Press release, 12 September 2006, http://www.unodc.org/unodc/en/press_re-lease_2006_09_12.html

[14] Raportul European privind drogurile, Tendinţe şi evoluţii (2016), Observatorului European pentru Droguri şi Toxicomanie (EMCDDA), p 22

(cu 14 tone). Aproximativ 16 milioane de persoane (0,4% din populația globului, cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani) consumă opiacee. Două treimi din cererile de tratament din Asia și aproximativ 60% din cererile de tratament din Europa sunt pentru consumul de opiacee. Mai mult de jumătate din consumatorii de opiacee trăiesc în Asia.[15]

Cel mai recent raport mondial al situației drogurilor estima în 2013 că 246 de milioane de oameni, adică 1 din 20, cu vârste cuprinse între 15 și 64, ani au consumat un drog interzis, ceea ce înseamnă o creștere cu 3 milioane față de anul precedent. **Autorii subliniază că, deși populația globului a crescut, consumul ilegal de droguri a rămas stabil.**[16]

Informații despre drogurile comercializate se pot obține și de la Interpol. Astfel Interpol a raportat 4.000 de tone de canabis, cu cea mai mare cantitate consumată în Sudul Africii, Statele Unite ale Americii, Mexic și Europa Occidentală.[17] Aproape 150 de tone de cocaină sunt traficate în fiecare an în Europa și se estimează că aproape 6.600 de tone de opium au fost produse anual. Creșterea rapidă a traficului și consumului de droguri are un efect grav la nivel global asupra sănătății populației. Organizația Mondială a Sănătății a identificat aproape 200.000

---

[15] UNODC, WDR 2006, p. 74

[16] United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6) http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

[17] http://www.interpol.int/Public/Drugs/default.asp

de decese datorate consumului de droguri în mod direct.[18]

Un grup de experţi americani numit, grupul Lewin în colaborare cu Institutul Naţional pentru Abuzul de Drog a estimat costul economic total al consumului problematic de alcool şi droguri în Statele Unite ale Americii ca ridicându-se la 2.457 miliarde de dolari anual, din care 97,7 miliarde sunt cauzate de abuzul de droguri.[19] Un studiu al Biroului Casei Albe pentru Politica Naţională de Control a Drogurilor a identificat că, pe o perioadă de 8 ani, americanii au cheltuit 57,3 miliarde pe droguri dintre care 38 de miliarde pe cocaină, 96 miliarde pe heroină şi 7 miliarde de dolari pe marijuana.[20]

Cu toate acestea, pieţele drogurilor ilegale sunt sisteme complexe de producţie şi distribuţie care generează sume mari de bani la diferite niveluri. Printr-o estimare moderată valoarea pieţei cu amănuntul a drogurilor ilegale în Uniunea Europeană a fost de 24,3 miliarde euro în 2013. Cu o valoare estimată a vânzărilor cu amănuntul de 9,3 miliarde euro şi reprezentând aproximativ 38 % din total, produsele pe bază de canabis deţin cea mai mare cotă a pieţei drogurilor ilegale din Europa. Urmează heroina, cu vânzări estimate la

[18] http://www.unis.unvienna.org/unis/pressrels/2004/unisnar849.html

[19] http://www.nida.nih.gov/drugpages/stats.html

[20] Tammy, Saah (2005), The evolutionary origins and significance of drug addiction, Harm Reduction Journal, 2:8, p 1-8

6,8 miliarde euro (28 %) și cocaina, cu 5,7 miliarde euro. Amfetaminele ocupă o cotă de piață mai mică, estimată la 1,8 miliarde euro (8 %), mai mult decât MDMA – care aduce aproape 0,7 miliarde euro.[21]

Magnitudinea problematicii drogurilor la nivel mondial devine mai gravă când luăm în considerare faptul că 1 din 10 consumatori de droguri au o problemă cu consumul, fie suferă de tulburarea de consum de drog, fie este dependent de droguri. Aceasta înseamnă, 27 milioane de oameni, adică o populație a unei țări mai mari decât România.

I.2. Drogurile în Europa și în România

Despre consumul excesiv de alcool în Europa se știe că este, în prezent, unul dintre cei șase factori de risc majori pentru moartea prematură, alături de tensiunea arterială, colesterolul, indicele de masă corporală, consumul redus de fructe și legume și lipsa de activitate fizică.[22]

În anul 2010, consumul mediu global de alcool a fost de 6,2 litri alcool pur/capita, echivalentul a

[21] EMCDDA, 2016, p 18

Commission Européenne, 2007. http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants_style/nutrition/nutrition_fr.htm în F. Rovillé-Sausse, Cristiana Glavce, Dynamiqued des comportaments et etat nutritionnel des Adolescents Roumains: developpment d'un programme de cooperation scientifique Franco-Roumanie, Ann. Roum. Anthropol., 43-44, P. 25–29, Bucarest, 2006-2007

13.5 grame alcool pur/zi. Un sfert din acest consum (24,8%) este neînregistrat, reprezentând alcoolul produs în gospodării, obținut și comercializat în afara regimului guvernamental de control. La nivel global, 50,1% din băuturile alcoolice consumate sunt băuturi spirtoase.[23]

Consumul casnic de alcool este asociat cu riscuri importante asupra stării de sănătate datorită impurităților cu potențial nociv și a contaminării necunoscute a băuturilor. Există nivele înalte ale consumului neînregistrat de alcool deopotrivă în regiunile cu nivele înalte ale consumului total de alcool și în țările sărace și în curs de dezvoltare, unde nivelul consumului înregistrat de alcool este redus.[24]

Aproximativ 16% din consumatorii de alcool în vârstă de peste 15 ani declară că au experimentat episoade de consum excesiv de alcool (peste 5 pahare de băuturi alcoolice la o ocazie, cel puțin o dată pe săptămână). Organizația Mondială a Sănătății atenționează asupra tendinței de creștere a consumului de alcool la adolescenții și tinerii din întreaga lume. În 71% din regiunile monitorizate de OMS se înregistrează tendințe crescătoare stabile ale consumului de alcool la adolescenți (persoane aflate sub limita minimă pentru consumul de alcool!) după o perioadă de supraveghere de 5 ani. Evaluarea tendințelor consumului de alcool la

[23] Global status report on alcohol and health 2014, p. XIII http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

[24] Global status report on alcohol and health 2011, p. 4-5

populația tânără (18-25 ani) identifică 80% tendințe crescătoare ale consumului.[25]

Europa este regiunea cu cel mai ridicat consum de alcool per locuitor din lume. Consumul de alcool produce 3.3 milioane de victime în fiecare an. Doar 62% dintre adulți declară că nu au consumat alcool în ultimul an și 34% din țările membre ale Organizației Mondiale a Sănătății au o politică națională antialcool.[26]

În România, studiile cu privire la consumul de alcool și pentru determinarea unui profil de țară sunt foarte puține și contradictorii. Amintesc ESPAD (Anchetă în școlile europene privind consumul de alcool și alte droguri) și HBSC (Comportamente legate de sănătate la copiii școlari). Procentul cel mai ridicat pentru consumul de alcool este la bere (50%), vin (29%) și spirtoase (21%). În anul 2010, potrivit estimărilor OMS, bărbații români consumau 30,7 litri de alcool pur, iar femeile 10,9 litri de alcool pur. Cu privire prevalența episoadelor de intoxicare cu alcool (heavy episodic drinking), raportatea era pentru populația generală de 13,8% (bărbați), 1,7% (femei), iar pentru consumatorii de alcool cifrele erau mai mari: 18,7 % (bărbați) și 2,7% (femei). Cu privire la procentajul celor abstinenți, abstinenți pe viață: 7,6% (bărbați), 20,7% (femei), în cadrul foștilor consumatori care nu au consumat alcool în ultimele 12 luni, 18,7 % (bărbați) și 17,4 % (femei). Dacă ne uităm la prevalența

[25] Idem, p. 4

[26] http://www.who.int/gho/alcohol/en/

tulburării de consum de alcool și dependența de alcool înregistrată în România avem un procentaj de 3,8 % bărbați și 1,1% femei, ceea ce este sub media regiunilor europene din Organizația Mondială a Sănătății, și anume 7,5%.[27]

Alcoolul este un agent dăunător care afectează o gamă largă de structuri și procese de la nivelul sistemului nervos central, care, prin acțiunea lor conjugată asupra personalității, comportamentului și așteptărilor socio-culturale, reprezintă factorul cauzal în vătămările intenționate sau neintenționate care se produc atât asupra consumatorilor, cât și a celor din jur. Aceste răni și vătămări includ violența între persoane, suicidul, omuciderea și accidentele secundare consumului de alcool. Consumul de alcool este un factor de risc pentru comportament sexual periculos, boli cu transmitere sexuală și transmiterea infecției HIV.

Potrivit Rapor tului European din 2016, România, alături de Bulgaria și Grecia, aparține uneia dintre cele patru rute de trafic a heroinei, numită ruta balcanică. Pentru dependența de heroină ca drog primar, România este una dintre țările unde nivelurile consumului prin injectare depășește 90%, comparativ cu Spania unde procentul este de 11%. În consecință, inclusiv numărul de noi diagnosticări cu infecție HIV rămâne la un nivel ridicat.[28]

---

[27] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

[28] Raportul European privind drogurile, Tendințe și evoluții (2016), Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCDDA), p. 61

Problema opioidelor în Europa rămâne un subiect central în cadrul analizei din 2016, reflectând impactul semnificativ pe care aceste droguri îl au încă asupra ratei mortalității și a morbidității. În prezent se observă o relație tot mai complexă între consumul de heroină și de opioide sintetice, însoțită de o creștere îngrijorătoare a estimărilor globale privind decesele asociate consumului de opioide.[29]

Revenirea MDMA ca drog stimulant obișnuit în preferințele tinerilor ilustrează câteva dintre noile provocări pe care le prezintă piața actuală a drogurilor. Inovarea în ceea ce privește aprovizionarea cu precursori, noile tehnici de producție și oferta online, toate par să determine o renaștere pe o piață caracterizată în prezent printr-o diversitate de produse. Sunt disponibile pudre, cristale și comprimate în doze mari, cu diverse sigle, culori și forme, existând dovezi de producție la comandă și de marketing sofisticat și la țintă.[30] Tot acest drog, MDMA, a fost cel mai frecvent capturat în România și Turcia.

Se estimează că aproximativ 1 % din adulții europeni sunt consumatori zilnici sau aproape zilnici de canabis. 16,6 milioane de tineri europeni (15-34 de ani) au consumat canabis în ultimele 12 luni. Deși, nivelul consumului diferă de la o țară la alta, în general, în Europa, acesta nu indică o tendință de scădere, existând chiar semne ale unor creșteri.[31]

---

[29] Ibidem p. 5

[30] Ibidem, p 11

[31] http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2625/Highlights_EDR2016_RO_Final.pdf

Cocaina este în continuare cel mai consumat drog stimulant ilegal din Europa, aproximativ 2,4 milioane de adulți tineri (15-34 de ani) declarând că au consumat cocaină în ultimul an. Cocaina a fost indicată ca drog principal de 60.000 de pacienți care au început un tratament specializat pentru dependența de droguri în 2014 și de 27.000 din cei admiși la tratament pentru prima dată.[32]

În ceea ce privește România, canabisul este și cel mai capturat drog, în anul 2015, capturile de canabis înregistrând 44,3% din cantitatea totală de droguri capturate. **Canabisul continuă să fie cel mai consumat drog în România atât în rândul populației generale, cât și în cel al populației școlare**.[33] Același Raport al Agenției Naționale Antidrog publicat în 2016 arată că 8,1% dintre adolescenții de 16 ani au experimentat consumul de canabis, 6,1% au consumat în ultimul an, iar 2,9% dintre ei au fumat marijuana sau haşiş în ultima lună. Prevalența consumului de canabis până la vârsta de 16 ani a fost de 10,3% în rândul băieților, față de 6,1% în rândul fetelor. Cea mai vulnerabilă grupă de vârstă pentru debutul consumului de droguri rămâne 15-19 ani. Cazuistica centrelor de tratament și a secțiilor de urgență înregistrează, de asemenea, creșteri în adresabilitatea la servicii pentru consumul de canabis.[34]

---

[32] Ibidem

[33] Raport national privind situatia drogurilor 2016, Agenția Națioală Antidrog, p 33, http://www.ana.gov.ro/rapoarte%20nationale/RN_2016.pdf

[34] ANA,2016, p 66

La nivel național, în anul 2015, au fost detectate 149 noi cazuri de infectare cu HIV/ SIDA la consumatorii de droguri injectabile, notificate de Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/ SIDA în România – INBI „Prof. Dr. M. Balșau și au fost declarate 21 cazuri de decese asociate în mod direct consumului de droguri și 15 cazuri de decese indirect asociate consumului de droguri. Cred însă că cifra reală este mult mai mare.

În ceea ce privește prevalența pe regiuni ale țării, datele din raport au arătat faptul că în toate regiunile țării se consumă canabis, cu rate de consum mai crescute în București (3,8%), Transilvania (2,8%) și Oltenia (2,1%). Singura regiune în care s-a înregistrat consumul de LSD a fost Transilvania (0,8%). Consumul de ecstasy a atins un maximum în București (1,3%), urmat de Transilvania și Oltenia. Pe primul loc la consumul de amfetamine s-a situat Transilvania, cu un procent de 0,9%, urmată fiind de regiunea Bucureștiului (0,3%). În ceea ce privește cocaina, aceasta a fost consumată într-un procent de 1,9% în București, 0,7% în Muntenia, 0,3% în Oltenia și 0,2% în Transilvania. Prevalența de-a lungul vieții a consumului de heroină a înregistrat un procent de 1% în București, urmat de Moldova cu 0,3% și Muntenia cu 0,2%.[35]

[35] http://www.ana.gov.ro

II. Drogurile în istorie

Studiile antropologilor, istoricilor şi sociologilor, aşa cum vom vedea în paginile următoare, nu au limitat consumul de substante psihoactive doar la o categorie socială de persoane dintr-o epocă anume. Există autori care explică consumul de substanţe dintr-o perspectivă evoluţionistă, de la teoria adaptării până la teorii despre asumarea de riscuri bazate pe teoria istoriei vieţii. Alţii oferă explicaţii mai mult psihologizate. Oricum, în timp consumul de droguri a fost integrat în viaţa socială şi a avut legături cu preocupări majore ale fiinţei umane cum ar fi comerţul, războiul, dragostea, sexualitatea, medicina, arta, muzica sau religia, imposibil de cuprins toate aspectele din istoria omenirii.

Modurile cele mai cunoscute de a consuma substanţele cu efect psihoactiv sunt ingerarea (ceai, alcool, cafea), fumatul (tutun, canabis), prizarea (cocaina, prafurile halucinogene folosite în bazinul Amazonului, amfetaminele şi speed), mestecarea (coca, tutun, pituri, betel), înghiţirea (LSD, Ecstasy, Prozac) sau chiar injectarea intramusculară şi intravenoasă în cazul heroinei începând cu mijlocul secolului al 19-lea după ce s-a inventat seringa

hipodermică. Există însă şi alte metode folosite de azteci, vrăjitoarele din Europa sau popoarele din munţii Afganistanului care foloseau preparatele psihoactive sub forma uleiurilor sau a unguentelor pentru masaj.

Hierobotanica este partea din botanică ce are ca scop studiul plantelor şi al principiilor active din plante care se întrebuinţează în practicile magice, vrăjitoreşti şi religioase. Chimistul român Ştefănescu[1] insistă asupra diferenţelor dintre efectele plantelor asupra indivizilor după cum urmează:

1. Stările speciale sunt obţinute prin acţiunea sinergică a mai multor principii active care, în cazul în care sunt administrate separat, au efecte diferite. De asemenea, fiecare individ reacţionează diferit în funcţie de o serie de factori;

2. Graniţa care delimitează acţiunea specifică a drogurilor de cea a principiilor psihotrope este foarte labilă, depinzând de o multitudine de factori ce fac obiectul studiilor farmacologice experimentale;

3. Cea mai mare parte a plantelor de vrajă nu dau obişnuinţă, dar absolut toate conduc cu timpul la o labilitate psihică, ceea ce nu este de neglijat.

Una dintre cele mai mari familii de plante cunoscute ca având efect halucinogen şi care au fost folosite din vechile timpuri este familia Solanacee care creşte mai ales în regiunile tropicale şi subtropicale. 36 de genuri dintre cele 70 cunoscute, ce cuprind aproximativ 1800 de specii, se regăsesc

[1] Ştefănescu, Paul (1994), *Plante de vrajă*, Ed All, Bucureşti, p. 2

doar în America de Sud. În Europa și în regiunea temperată din Asia cresc doar câteva specii, iar restul în America de Nord și mai ales în Africa. Solanaceele își datorează principalele lor proprietăți existenței unor alcaloizi, derivați din tropină. Cea mai cunoscută este Nicotina Tabacum (narcotică), apoi Solanum pseudo-Quina (antipiretică), Solanum crispum (tonică), Belladona, Hyosciamus Datura (stupefiant-midriatică).[2]

II.1. Paleolitic
(epoca pietrei cioplite)

Originea consumului de droguri poate fi cunoscută încă din Paleolitic atât pentru efectele terapeutice (analgetice, sedative, hipnotice) cât și pentru diferite scopuri magico-religioase.[3] Dacă ne gândim la stilul de viață dur al populațiilor din Paleolitic, prin prisma pericolelor, suferinței foamei, a bolilor, a atacurilor animalelor de pradă, toate acestea au determinat crearea unei viziuni magico-religioase a lumii, un fel de animism primordial, cu forme de cult de tip șamanic.

Dovezile arheologice sugerează că *Homo sapiens* a folosit diferite substanțe psihotrope încă din preistorie. Cercetătorul american Michael

[2] ibidem

[3] Bălăceanu-Stolnici, C., Papari, C.A., Papari, A., Cozaru G.C., Iomandescu I.B. (2012), *Tentație și dependență*, Ed. Fundației „Andrei-Șaguna", Constanța, p 123

Winkelman de la Departamentul de Antropologie (Universitatea de Stat din Arizona) susține că oamenii Paleoliticului superior au avut un instinct înnăscut de a experimenta stări alterate de conștiință, prin utilizarea de substanțe psihotrope.[4] În acest sens, drept mărturii stau imaginile descoperite în peșterile din Franța în care erau reprezentați șamani în transă.

În peștera „Les Trois Freres" (în Ariege, datată din epoca Magdaleniană, Paleoliticul superior) descoperită în 20 iulie 1914 de cei trei copii ai contelui Henri Bégouën și popularizată de cercetările întinse pe 18 ani ale abatelui Henri Breuil, apare un șaman în erecție. Acesta este de o importanță exemplară deoarece repreezintă doar una din cele 5 reprezentări din această epocă Magdaleniană ale organului sexual masculin (spre deosebire de reprezentările organului sexual feminin care sunt destul de frecvente). Autorii susțin că folosirea morfologiei peretelui accentuează caracterul ostentativ al sexului masculin a cărei formă și probitate confirmă că acesta este cu siguranță a penisului în erecție.[5]

A doua peșteră este cea de la Lascaux (Dordogne) unde șamanul stă culcat pe spate, cu bățul de ritual lângă el și o pasăre reprezentând sufletul său care călătorește în afara corpului. Faptul

[4] Winkelman, M. (2001) *Alternative and traditional medicine approaches for substance abuse programs: A shamanic approach.* International Journal of Drug Policy 12: 337-51.

[5] Bégouën, Éric, Bégouën France Marie-Brune (2013), *New discoveries in the Sanctuary of Les Trois-Frères cave (Ariège),* Quartär 60,: 107-114

că șamanul este în erecție dovedește că este viu și nu ar fi vorba de un cadavru. Deci, această imagine de circa 16.000 de ani este cea mai veche reprezentare a unui om în transă sub efectul unui drog halucinogen.[6] Prin deducție am putea declara că șamanii utilizau droguri halucinogene.

În Neolitic, consumul de droguri capătă o nouă dimensiune odată cu schimbarea lui Homo sapiens sapiens, când populațiile devin sedentare, domesticesc animale, inventează olăritul și își schimbă semnificativ alimentația, trecând de la religiile aniministe la cele politeiste. Drept urmare, oamenii încep să folosească plante în scop nereligios și nemedical pentru că tocmai în neolitic apare consumul de alcool când oamenii constată fermentația fructelor și a semințelor. Astfel că primele atestări paleoarheologice se referă la recipientele de lut ars care conțineau reziduuri de vin, găsite în Georgia (Shulanen) în urmă cu 8.000 de ani și în nordul Iranului (Haji Firuz Tepe) în urmă cu 7.500 de ani.[7]

În epoca bronzului se cunoaște consumul de bere, atestat de o tăbliță sumeriană descoperită în urmă cu 5.100 de ani, pe care era menționată berea.

Cu privire la consumul de droguri, există și alte ipoteze evolutive precum cea susținută de Hill și Chow, care consideră că utilizarea ancestrală a substanțelor psihotrope care modifică starea de conștiință crește succesul reproductiv în rândul bărbaților tineri, care au căutat să le folosească în mod activ.

---

[6] Bălăceanu-Stolnici, op cit, p 125

[7] Ibidem

Potrivit acestor autori, instabilitatea mediului este un factor cheie pentru aportul ridicat de alcool de către bărbaţii tineri. Într-un mediu instabil, asumarea de riscuri precoce este orientată spre reproducere timpurie – o strategie eficientă din punct de vedere al costului.[8]

Există şi o a treia ipoteză ce susţine că oamenii ancestrali au consumat substanţe psihotrope şi alte substante modificatoare ale stării de spirit ca simple alimente. În timp ce societăţile occidentale moderne clasifică şi conceptualizează drogurile ca produse nealimentare, acest tip de clasificare nu este în concordanţă cu comportamentele oamenilor din societăţile tradiţionale. De exemplu, nuca de betel[9] era mestecată de oamenii din Micronezia ca aliment încă din anul 2660 î. Hr, conform cercetării profesorului Elisa Guerra-Doce, de la Universitatea din Valladolid (Spania).[10] Ea a examinat o gamă largă de documente precum urme macrofosile ale plantelor psihoactive, reziduuri ale băuturilor fermentate, alcaloizi din obiective arheologice şi reprezentări artistice.

Cercetătoarea a găsit, de asemenea, pete roşiatice pe dintele uman care datează între anii

[8] Hill, E.M. & Chow, K. (2002), *Life-history theory and risky drinking*. Addiction 7: 401-13.

[9] Fructul cărmos al palmierului areca (betel), o plantă tropicală ce creşte în insulele Pacificului şi sud-estul Asiei

[10] Guerra-Doce, E. (2014). The Origins of Inebriation: Archaeological Evidence of the Consumption of Fermented Beverages and Drugs in Prehistoric Eurasia. Journal of Archaeological Method and Theory. DOI 10.1007/s10816-014-9205-z.

24002000 î.Hr., și care au fost excavați din site-ul din epoca bronzului Nui Nap în Vietnam. În acest caz, dinții au fost colorați de nuci betel. Tot din cercetarea profesorului spaniol rezultă concluziile cu privire la atestarea istorică a drogurilor.

Cocaină (Fruzele de Coca) – Cele mai vechi dovezi ale fruzelor de coca de mestecat datează din America de Sud în urmă cu 8000 de ani. Rămășițele de bucăți de frunze de coca au fost găsite în etajele caselor din Valea Nanchoc din Peru, în rămășițele umane dentare și în părul mumiilor.

Halucinogene (Un cactus Pedro)–conțin substanțe chimice cu proprietăți halucinogene fiind folosite în ceremoniile de vindecare de cei care trăiau în munții din America de Sud, în primul rând în nordul Perului, conform aceleiași cercetătoare. Dar cele mai vechi dovezi ale cactusului din San Pedro au fost găsite în peștera Guitarrero, în valea Callejón de Huaylas. Cercetătorii au descoperit polen și urme de cactus în părțile peșterii care au fost ocupate mai devreme, care datează între anii 8600 și 5600 î.H. Și sculpturi mici de piatră numite „pietre de ciupercă", găsite în Guatemala, Mexic, Honduras și El Salvador sugerează că ciupercile halucinogene au fost folosite în cultele sacre între 500 î.Hr. și 900 î. Hr.

Alcool. Cea mai veche băutură alcoolică datează din 7.000-6.600 î.H. Reziduuri de băutură au fost găsite în cioburi de ceramică din satul vechi de Jiahu, în provincia Henan din China. Băutura a constat dintr-un amestec de orez, miere și struguri fermentate sau alte fructe.

Opium. Cele mai timpurii rămăşiţe fosilizate găsite ale plantei opiu, care datează de la mijlocul mileniului al şaselea î.Hr., au fost descoperite într-un sit din Italia la mai puţin de 20 de mile nord-vest de Roma. Rămăşiţele de capsule de seminţe de mac şi urme de opiacee au fost descoperite în placa şi oasele scheletelor umane datând din al 4-lea mileniu î.Hr., împreună cu piese de artă preistorice care arată părţi din mac folosite în ceremoniile religioase.[11]

În final, Nesse[12] este de părere că plantele care sunt natural psihoactive au reprezentat o atracţie pentru oameni mai mult accidentală decât intenţionată.[13]

II.2. Vechiul Testament

Arheologul Andrew Sherratt de la Oxford a lansat ipoteza potrivit căreia locuitorii unei prime aşezări neolitice a lumii, oraşul Ierihon, făceau comerţ cu substanţe medicale şi psihoactive uşor de transportat, nu cu produse alimentare voluminoase, dificil de transportat.[14] Mandragora a fost preţuită ca afrodisiac încă din vremurile Vechiului

[11] Ibidem

[12] Randoph M. Nesse, Departamentul de Psihiatrie, Universitatea din Michigan

[13] Nesse, R.M. 2002. Evolution and addiction. Addiction 97: 470-71.

[14] Rudgley, Richard (2009), *Enciclopedia drogurilor*, trad Anacoana Mîndrilă-Soneetto, Paralela 45, Piteşti, P 9

Testament, care o menționează ca leac pentru sterilitate. În Geneza (30:14-19), Rahila obține de la Lia fructe de mandragora pentru a deveni fertilă și a-i oferi lui Iacob al cincilea fiu. Textul este următorul:

Iar pe vremea seceratului grâului s-a dus Ruben și, găsind în țarină mandragore, le-a adus la mama sa Lia. Rahila însă a zis către Lia, sora sa: „Dă-mi și mie din mandragorele fiului tău!"

Iar Lia a zis: „Nu-ți ajunge că mi-ai luat bărbatul? Vrei să iei și mandragorele fiului meu?" Și Rahila a zis: „Nu așa, ci pentru mandragorele fiului tău, să se culce Iacov noaptea aceasta cu tine!"

Venind Iacov seara de la câmp, i-a ieșit Lia înainte și i-a zis: „Să intri la mine astăzi, că te-am cumpărat cu mandragorele fiului meu!" Și în noaptea aceea s-a culcat Iacov cu ea.

Și a auzit Dumnezeu pe Lia și ea a zămislit și a născut lui Iacov al cincilea fiu.

Atunci a zis Lia: „Mi-a dat răsplată Dumnezeu pentru că am dat bărbatului meu pe roaba mea". Și a pus copilului numele Isahar, adică răsplată.

Apoi a mai zămislit Lia încă o dată și a născut lui Iacov al șaselea fiu.

Tot în Vechiul Testament, în Cântarea Cântărilor a lui Solomon (7:11-14), Sulamita își invită iubitul să meargă în țara unde crește mandragora.

Hai, iubitul meu, la câmp, hai la țară să petrecem!

Mâine hai la vie să vedem dacă a dat vița de vie, merii de-au înmugurit, de-s aproape de-nflorit. Și acolo îți voi da dezmierdările mele.

Mandragorele miresme varsă și la noi acasă sunt multe fructe vechi și noi pe care, iubitul meu, pentru tine le-am păstrat.

Se știe că efectul analgezic al plantei era utilizat în Palestina pentru a induce o transă narcotică profundă celor care erau răstigniți. Cum mandragora este numită și morion, s-a crezut ca buretele oferit lui Iisus când era pe cruce ar fi putut conține vin de mandragora. În Antiohia, Constantinopol și Damasc au fost dezgropate mai multe exemplare de mandragora uscate, care fuseseră „cioplite" pentru a le da forma umană. Aceasta demonstrează cu certitudine că nu numai folosirea plantei este străveche, ci și dorința de a-i amplifica puterile magice prin modificarea formei.

ANTROPA BELLADONNA
(Mătrăguna)

Cunoscută în România sub numele de mătrăguna (cireașa lupului, iarba codrului), această plantă crește mai ales în Europa centrală și meridională, în Asia occidentală, pe terenurile calacaroase și bazaltice și lizierele pădurilor. Numele de Belladonna (femeie frumoasă) i-a fost dat de Linnaeus în Species Plantarum (1753). Este o plantă cu tulpina dreaptă, rămuroasă, cu frunze mari, ovale, florile sunt în formă de clopot, lunguiețe, colorate în exterior în violet și cu dungi brune. Este o plantă foarte toxică și s-a folosit deseori cu scop vătămător, pentru otrăvire, în cantități mari provocând chiar

decesul datorită conținutului de antropină și hiosciamină, regăsită mai ales în fructe și în rădăcină.

Nu există informații dacă a fost cunoscută încă din antichitate. Dar despre cunoașterea efectelor ei în Evul Mediu există câteva descrieri. Denis de Rougemont întrebându-se ce drog se putea folosi în secolul al XII-lea pentru rețeta „elixirul dragostei" consumat de Tristan și Isolda, a indicat cornul secarei (Claviceps purpurea) ale cărui efecte seamănă cu cele ale LSD-ului, dar sunt fără îndoială mai puternic afrodiziace.

Despre efectele terapeutice se cunoaște mărturia lui van Swieten (1686) ca având proprietatea de a dilata pupilele. Nu departe, dramaturgul și poetul englez William Shakespeare într-un sonet o descrie pe Julieta, când trezindu-se în duhoarea cavoului, consumă mătrăguna pentru a-și diminua anxietatea:

Mirosul greu și scrâșnetul asemeni
Cu-al mătrăgunei smulse din pământ
Ce înnebunește muritorii pe care îi atinge...
(Romeo și Julieta, IV,4)

II.3. Cultura mayașă târzie

Arheologul dr. Stephan F. de Borhegyi care a studiat îndeosebi cultura mayașă târzie, era convins că ritualurile cu ciuperci halucinogene constituiau un element central al religiei mayașe. El și-a fundamentat teoria pe identificarea unui cult al ciupercilor sculptate în piatră, ce a apărut în regiunea muntoasă din Guatemala și în regiunea de coastă a Pacificului, în jurul anului 1000 î. Hr., împreună cu un alt cult al trofeelor asociat cu Ōllamaliztli (un joc cu mingea din mezoamerica).[15]

În majoritatea cazurilor, imagistica ciupercilor a fost conectată cu ritualul sacrificiului din Lumea de dincolo, transformarea în jaguar (protectorii șamanilor de spirite malefice, capabili să treacă pe tărâmul spiritelor și înapoi pe pământ) și încheierea unei perioade a calendarului, precum și cu decapitarea și reînvierea zeului Soare de către o pereche de zeități asociate cu planeta Venus. Ciupercile erau, de asemenea, strâns legate de Tlaloc și de ritualul războiului ținut în numele său, cunoscut și sub denumirea de războiul Tlaloc.[16]

---

[15] Șerban, Alexandra, Efectele consumului de droguri în preistorie: dezvoltarea limbajului, a conștiinței de sine și a religiei, https://www.historia.ro/sectiune/general/articol/efectele-consumului-de-droguri-in-preistorie-dezvoltarea-limbajului-a-constiintei-de-sine-si-a-religiei

[16] Idem

II.4. EGIPT – STUDIUL MUMIILOR

Cercetătorul german S. Balabanova alături de două colege susţineau într-un articol apărut în „Naturwissenschaften"[17] în 1992, că au fost descoperite urme de cocaină, haşiş şi nicotină în 9 mumiile egiptene datate 1070 î.Hr-395 d.Hr. folosind păr, piele şi muşchi prelevate din cap şi abdomen.[18]

Toate ţesuturile au fost pulverizate şi dizolvate în clorulă de sodiu, omogenizate şi centrifugate, fiind măsurate prin metoda radioimunotestare (Merck, Biermann) şi cromatografia cu gaz/spectrometria de masă (Hewlett Packard) denumită GCMS.[19]

Descoperirile au fost catalogate imediat ca improbabile deoarece despre două dintre substanţe se cunoştea că derivau numai din plante americane – cocaina din *Erythroxylon coca*, iar nicotina din *Nicotiana tabacum*. Studiul a făcut parte dintr-un program despre investigarea utilizării halucinogenelor în societăţile antice. Autorii înşişi au fost surprinşi de descoperiri, dar au susţinut rezultatele în

[17] Balababova, S., F. Parsche, and W. Pirsig. (1992) First identification of dr ugs in Egy ptian mummies. Naturwissenschaften 79:358.

[18] S. A. Wells, American Drugs in Egyptian Mummies, (University of California) http://www.faculty.ucr.edu/~legneref/ethnic/mummy.htm

[19] Idem

ciuda faptului că au fost mult criticați. Dintre cele nouă mumii evaluate, toate au prezentat urme de cocaină și hașiș (Tetrahydrocannabinol), în schimb numai una nu a fost testată pozitiv pentru nicotină. Concentrația compușilor sugerează utilizarea în alte moduri, nu abuziv – de exemplu, dependenții de droguri moderni prezintă adesea concentrații de cocaină și nicotină în păr de 75 și, respectiv, de 20 de ori mai mari decât cele găsite în părul mumiilor.

Una dintre criticile acestei descoperiri a fost susținută de Profesorul Rosalie David, prima profesoară în egiptologie din Marea Britanie care a lucrat timp de 30 de ani la Muzeul de Egiptologie din Manchester și care a susținut că mumiile sunt false. Ea a făcut propriile investigații științice pe mumii inclusiv pe celebra mumie a Femeii celor două Pământuri (Henot Tawi) călătorind în München pentru a evalua ea însăși mumiile studiate de grupul de cercetători ai lui Balabanova, însă din motive de respect religios nu a avut posibilitatea de a analiza aceste mumii.[20]

Fără îndoială, studiul a stimulat interesul multora venind din varii domenii. Așa cum Balabanova prezicea, că, „rezultatele deschid un nou domeniu de cercetare ce dezvăluie aspecte ale stilului de

[20] Carte dedicată operei profesorului David și încercărilor de a integra persspectivele egiptologiei tradiționale cu tehnicile științifice analitice: Mummies, Magic and Medicine in Ancient Egypt: Multidisciplinary Essays for Rosalie David' C. Price, R. Forshaw, P. Nicholson and A. Chamberlain (eds) Manchester University Press 2016.

viață din trecut dincolo de reconstrucția biologică de bază."

Totuși, alte studii au arătat aceleași droguri (cocaină, nicotină și hașiș) în mumii egiptene, confirmând rezultatele originale. Nerlich și alți colegi cercetători, într-un studiu de evaluare a patologiei țesutului unei mumii datând de la aproximativ 950 î.H., a găsit compușii în mai multe dintre organele mumiei.[21] Ei au descoperit cele mai mari cantități de nicotină și de cocaină în stomacul mumiei, iar urme de hașiș în primul rând în plămâni. Aceste descoperiri au fost identificate din nou folosind atât teste radioimunologice cât și tehnici GSMS. Rezultate foarte similare au fost din nou găsite într-un alt studiu realizat de Parsche și Nerlich.[22] Din nou, rezultatele au fost obținute cu ajutorul tehnicilor cromatografice.

[21] Nerlich, A.G. et. al. (199) Extensive pulmonary hemorrhage in an Egyptian mummy. Virchows Archiv 127:423-429.

[22] Pa rsche, F. (1993) Reply to „Respond ing to 'First identification of drugs in Egyptian mummies'". Naturwissenschaften 80:245-246.

II.5. Drogurile în Asia preistorică

Conform unui raport din 2008, 17 cercetători din China, conduși de neurologul Ethan Russo, au descoperit aproape 500 g de marijuana, veche de 2700 de ani, „cultivată în scopuri psihoactive" în Deșertul Gobi, o zonă localizată în sudul Mongoliei (Xinjiang): „Aproape 500g de materie vegetală încă verde a fost găsită în mormântul vechi de 2.700 de ani al unui bărbat cu părul deschis, ochi albaștri, caucazian, în Deșertul Gobi și a fost identificată ca fiind *cea mai veche rezervă de marijuana din lume*", conform Journal of Experimental Botany.[23]

Cercetătorii, cărora le-au trebuit vreo 10 luni până să transfere probele din China în Anglia, au făcut analize genetice și datare cu Carbon identificând mari cantități de THC. Dar nu au putut determina dacă canabisul a fost fumat sau ingerat deoarece nu au găsit nicio pipă sau alte instrumente în mormântul șamanului de aproximativ 45 de ani.

O serie de teste arată că marijuana poseda proprietăți psihoactive mari și pune la îndoială teoria conform căreia anticii cultivau cânepa numai pentru a face îmbrăcăminte, frânghii și alte obiecte. Este posibil ca omul să fi fost un șaman dar rămâne necunoscut faptul dacă marijuana era crescută

[23] Russo, Ethan et al (2008), Phytochemical and genetic analyses of ancient cannabis from Central Asia, Journal of Experimental Botany, Vol. 59, No. 15, pp. 4171-4182

pentru scopuri spirituale sau medicale. Substanţa a fost găsită, de asemenea, şi în două dintre cele 500 de morminte Gushi descoperite până acum în nord-vestul Chinei.[24]

În sfârşit, în Oaza Merv, la vest de Urumchi (China), există un complex religios ce datează din cel de-al doilea mileniu î. Hr. În cea mai importantă încăpere, „Camera Albă", există vase de depozitare ce conţin urme de mac şi efedrină. Se pare că derivatele obţinute din mac erau atât de puternice încât efedrina era folosită pentru ca şamanul să nu îşi piardă cunoştinţa.

II.6. Drogurile în America precolumbiană

Locul de origine al majorităţii şi celor mai importante plante magice este America Centrală. Drogurile magice aveau o mare importanţă în culturile indiene din Mexic. Cronicile spaniole care au venit la puţin timp după cucerirea Mexicului de Cortez (1521) menţionează că exista un număr mare de plante cu efecte ameţitoare, de stimulare sau narcotice, iar aceste plante erau necunoscute în Lumea Veche şi erau utilizate de indieni atât în timpul practicilor medicale, dar şi în ceremoniile religioase.

Trei droguri magice erau folosite de azteci şi de triburile vecine în ceremoniile religioase şi

[24] ibidem

practicile medicale care erau puternic influenţate de concepte magice. Aceste droguri sunt folosite şi astăzi în aceleaşi scopuri de „doctorii vrăjitori" în zonele izolate din Mexic: peyotl, o specie de cactus, teonanácatl, o ciupercă şi ololiuqui, seminţe de volbură.[25]

Cartwell şi colaboratorii săi în anul 1991,[26] utilizând o metodă de radioimunotestare au detectat metaboliţi de cocaină în părul mumiei precolumbiene din America de Sud. În studiul său, două din cele opt mumii analizate au arătat metaboliţi ai cocainei. Toate probele testate au fost confirmate de un laborator separat (Psychomedics Corporation, Santa Monica, California) folosind GC-MS. Cele două mumii testate pozitiv au fost din Valea Camarones din nordul Chilelui. Artefacte precum şi mumii la acest sit au fost tipice culturii Inca. O credinţă de comun acceptată este aceea că plantele psihotrope au existat de-a lungul istoriei evoluţiei. Dovezile arheologice au indicat prezenţa plantelor psihotrope şi a consumului de droguri în civilizaţia veche la speciile hominide în urmă cu aproximativ 200 de milioane de ani. În urmă cu 13.000 de ani, locuitorii din Timor consumau *Areca catechu* (nucă) aşa cum făceau cei din Thailanda în urmă cu 10.700 de ani.

---

[25] Şerban în *op cit*, Historia

[26] Cartmell, L.W., A.C. Aufderheide, A. Springfield, C. Weems, and B. Arriaza 1991 The Frequency and Antiquity of Prehistoric Coca-Leaf-Chewing Practices in Northern Chile: Radioimmunoassay of Cocaine Metabolite in Human Mummy Hair. Latin American Antiquity 2: 260-268.

La începutul colonialismului european aboringenii din Australia consumau nicotină din două surse indigene: planta pituri (Duboisia hopwoodii) și Nicotiana gossel. Aboringienii străbăteau distanțe mari uneori chiar sute de kilometri pentru a-și cultiva planta favorită, pituri.[27] Americanii din Nord și Sud consumau nicotină din planta lor indigenă N. tabacum și N. Rustica. Etiopienii și Africanii de nord foloseau Catha edulis, o plantă similară khatului de azi (efedrina) înainte de colonizarea europeană.

Cocaina (*Erythroxylum coca*) a fost consumată de ecuadorieni în urmă cu 5.000 de ani și de indigenii din Anzii de Vest în urmă cu 7.000 de ani. Aceste substanțe erau administrate prin cavitatea bucală. Deși metoda orală este cea mai des întâlnită totuși locuitorii din America și-au administrat substanțe prin căi nazale, rectale sau fumând.

Frunzele de coca au fost folosite în toate culturile sud-americane precolumbiene pentru acțiunea lor energizantă, euforizantă și afrodisiacă care era atribuită unei intervenții magice. Pe de o parte au fost folosite de șamanii din munții Anzi pentru efectuarea călătoriilor în lumea de dincolo, șamani care practicau un cult Zeiței Mame și Zeului Soare, dar au fost folosite și în scop medical pentru a crea stări de euforie. Mult timp se pare că au devenit un important și scump produs agricol, fiind folosite uneori și ca monedă.[28]

---

[27] Rudgley, op cit, p 9

[28] Bălăceanu-Stolnici, op cit, p. 136

Când Biserica Catolică a ajuns în regiunea Anzilor, consumul de coca a fost interzis fiind văzut ca o formă de magie păgână. Mai târziu, sub Filip al II-lea al Spaniei (1556 – 1598), cunoscând și valoarea economică a acestei practici, consumul de coca a fost autorizat și plantațiile au devenit o afacere prosperă, Biserica pretinzând o zeciuială (10%) din veniturile realizate din vânzarea frunzelor miraculoase.[29]

Multe civilizații indigene au perceput plantele psihotrope ca o sursă de hrană și nu ca o substanță chimică externă care să modifice homeostazia internă.[30] Efectele percepute de aceste grupuri erau toleranța la fluctuațiile termice, creșterea energiei și scăderea oboselii. Totodată plantele erau folosite ca resurse de hrană care conțin vitamine, minerale și nu ca substanțe psihotrope recreaționale inducătoare de halucinații.

[29] Ibidem

[30] Sullivan RJ, Hagen EH (2002), *Psychotropic substance-seeking: evolutionary pathology or adaptation?* Addiction, 97: 389-400

II.7. Orientul Apropiat

Charles Baudelaire (*Les Paradis artificiels*, 1860) amintește despre diverse „dulcețuri de hașiș", uzuale în Algeria, Egipt și Arabia, care conțineau pe lângă alte ingrediente și un pic de cantaridină.[31] Datorită prohibiției alcoolului, consumul de stimulente la mahomedani a crescut nemăsurat.

În 1928, la Damasc, un călugăr capucin cu abilități medicale, pe nume padre Tomaso, îi recomandă o cantitate de mare de cantaridină, pe post de afrodisiac, unui aurar creștin care urma să se căsătorească. Acesta se simțea într-atât de vlăguit din cauza plăcerilor sexuale lipsite de cumpătare încât îi era teamă că nu-și va putea îndeplini datoria conjugală din noaptea nunții. Însă magiunul de cantaride pe care i-l recomandase călugărul în loc să producă efectul dorit, îi pricinuise mirelui dureri insuportabile. Chemat în ajutor, spițerul sas Honingsberger i-a administrat remediul său favorit: pilule de opium și camfor.[32]

---

[31] Oișteanu, op cit, p 302

[32] Honigberger, Johann Martin (2004), Treizeci și cinci de ani în Orient, traducere de Eugen Ciurtin, Ciprian uu și Ana Lupașcu, Polirom, Iași, în Oișteanu *op cit, p 303*

II.8. Drogurile în Africa

Africa este una dintre părţile lumii care a primit foarte puţină atenţie din partea cercetătorilor, unii ajungând la concluzia că nici nu sunt prea multe de descoperit. În 1658 există însemnări în jurnalul primului guvernator al unei aşezări olandeze de la Capul Bunei Speranţe, Jan van Riebeeck, care amintea de folosirea unei pulberi ce provoca o stare de beţie, o pulbere obţinută probabil din *Leonotis leonorus*, plantă a cărei frunze erau iarăşi fumate separat sau împreună cu tutunul.[33]

Bulbul halucinogen al plantei *Boophane disticha* a fost folosit de tribul basuto din Africa de Sud, dar şi în Zimbabwe, în riturile de iniţiere masculine pentru că ajuta la comunicarea cu strămoşii cât şi ca otravă pentru săgeţi sau metodă de sinucidere. O altă plantă numită *niando (Alchornea floribunda)* era consumată pentru proprietăţile afrodisiace, stimulatoare şi narcotice.[34] Redau mai jos mărturia unui erudit care a încercat pe propria piele efectele rădăcinii *Talpei Diavolului*, din ţinutul Ubangi (nordul Zairului): *chiar de la primul fir de fum, creierul şi imaginaţia mi-au scăpat de sub control. Un nor gros, negru mi se învârtea în faţa ochilor. În acest nor pândea tot ce există oribil, monstruos şi incredibil de putred în univers, o*

[33] Rudgel, op cit, p 17
[34] Ibidem

groază paralizantă a pus stăpânire pe mine, tulmultul din creierul meu era atât de puternic, încât eram sigur că va plesni ceva. Îmi auzeam vocea ca de la mare distanţă, parcă nici nu era a mea, am dat buzna afară, în aer liber, strălucirea atotputernică a soarelui a răzbătut prin norul diabolic de teroare. Treptat, negura s-a împrăştiat şi calmul şi raţiunea au revenit.[35]

Popoarele din Africa, Asia şi Europa preparau deja alcoolul din fructe, seminţe şi din laptele mamiferelor. Datele arheologice atestă faptul că încă din perioada târzie a preistoriei şi începuturile timpurilor istorice exista un comerţ dezvoltat cu alcool, atât în bazinul mediteraneean (numeroase vase pentru vin au fost descoperite în resturile de la naufragii), cât şi în China (astfel de vase au fost găsite în locurile de înmormântare).

Opiul era folosit în Europa ca medicament încă din 1550. În secolul 17 era foarte popular laudanumul (tinctură de opiu), folosit ca somnifer, anestezic sau calmant al durerilor de dinţi, migrenelor, durerilor menstruale sau colicilor abdominale la sugari.

Mulţi au crezut că opiumul a fost descoperit şi lansat din China, ceea ce este fals. Opiumul a ajuns în China din Europa şi Orientul mijlociu în două valuri: unul medieval (aprox 400 d.Hr.) având un caracter preponderent medical prin negustorii arabi premusulmani şi altul prin navigatorii portughezi în secolul XVI-lea, care au introdus fumatul distractiv al opiumului.[36]

---

[35] Plante psihoactive din Africa în Rudgel op cit p 43

[36] Bălăceanu, op cit, p 132.

Într-un text medical, *Papirus Ebers*, din anul 1552 î.Hr. se recomanda opiul ca adjuvant pentru a induce copiilor somnul. O metodă era să se ungă cu opiu sfârcurile mamelor care alăptau.[37] La Roma se știa că Marc Aurelius era un consumator de opiu, își începea fiecare zi chiar și în timpul campaniilor militare, dând pe gât un pahar cu vin în care era dizolvat un grăunte de opiu. Drept dovadă sunt scrierile lui Galen care sugerează că împăratul roman era dependent. Ulterior în Imperiu, planta de mac a devenit simbolul Romei și a fost imprimată pe monezi, inscripționată pe temple și introdusă în practica religioasă. Până la recensământul din 312 d. Hr., opiul putea fi procurat din 793 de prăvălii din Roma, iar taxele puse pe vânzarea lui constituiau o sumă substanțială din totalul veniturilor pentru împărat.[38]

În secolul al XVII-lea medicul Thomas Sydenham, fondatorul epidemiologiei, numit Hipocratele englez, a creat formula laudanum-ului,[39] care a stat mai târziu la baza toxicomaniei multor artiști și scriitori romantici precum Thomas de Quincey. Marea glorie a opiumului a fost în secolul al XIX-lea, când drogul devenise obiect al mizelor internaționale complexe care au adus față în față mai ales Marea Britanie și China: aceste animozități au constituit grăuntele războaielor opiumului. Dându-și seama de urmările dezastroase ale consumului

[37] Linden, op. cit. p 35

[38] Ibidem

[39] https://www.britannica.com/biography/Thomas-Sydenham

de droguri, împăratul Chinei, Daoguang, interzice consumul de opiu, arestează și execută traficanții, distruge depozitele, ruinând comerțul din Bengal. Drept urmare Anglia atacă China și învinge după trei ani de lupte (1839-1842). În acest timp în Anglia victoriană consumul de opium devine frecvent chiar la nivelul elitelor londoneze.[40] Iată ce scria naturalistul englez Modercai Cooke la 1860: *răsfățul cu opiu este, în cele din urmă, foarte ne-englezesc, iar dacă ne fumăm pipele noastre de tutun, în timp ce ne aflăm printre nori, nu ne putem abține să ne exprimăm uimirea față de chinezi și față de alții, care se lasă în voia opiului. Toți cei care au o predilecție pentru alte narcotice decât acelea care îl desfată pe Johnny Englishman, să vină la mine să-și ia porția de dispreț'*[41]

În Europa, opiofilia s-a dezvoltat în cercurile artistice și medicale. În Marea Britanie, unde acesta sosea în cantități mai mari decât oriunde altundeva (coloniile britanice din Indiile Orientale erau un centru major de producție), farmaciștii vindeau acest drog fără limite. Se găsea opium în cafenele și în spițeriile de la periferie, iar muncitorii recurgeau la el pentru a-și alina sărăcia, într-un univers industrial în plină mutație. Se spunen că opiumul era de multe ori mai ieftin ca ginul. În această epocă, medicina generală recurgea la un alcaloid izolat din

[40] Bălăceanu-Stolnici, op. cit. p 13

[41] Linden, David J. (2014), Busola plăcereii, de ce ne plac jocurile, mâncarea nesănătoasă, alcoolul, orgasmul și marijuana, trad din engleză și note Loredana Maria Oprea, Ed. All, București, p. 34

opium, morfina. Opiofagia terapeutică a scăzut dar, datorită cuceririi Indochinei de către francezi și fascinației pentru Extremul Orient, utilizarea opiumului fumat s-a răspândit rapid în mediile militare și artistice. Fumeriile de opiu se înmulțiseră în Franța, înainte de primul război mondial, opiumul fiind de multe ori mai ieftin decât băuturile spirtoase.[42]

În 1855, chimistul Gaedcke a obținut, prin distilarea unui extras din frunzele arborelui de coca, cristalele unei substanțe pe care a numit-o eritroxilină. Patru ani mai târziu, austriacul Von Scherzer a prezentat la Viena frunzele de coca, pe care le-a oferit unui chimist de la Universitatea din Gottingen, Friedrich Wohler. Acesta, la rândul lui, le-a încredințat unui student, Albert Niemann (1834-1861). Plecând de la acest material, studentul a izolat și apoi a purificat cocaina în 1860. Niemann a dispărut la scurt timp, iar unul dintre colegii lui, Wilhelm Lossen, care a elucidat formula brută a cocainei și a publicat-o în 1865, a dovedit că era vorba de un alcaloid.[43]

[42] Dănilă, Claudiu George (2010), Strategii terapeutice în consumul și dependența de droguri, teză de doctorat, Universitatea de Medicină și Farmacie „GR. T. Popa", Iași, p 6

[43] Ibidem

MARIJUANA

Marijuana sau canabisul reprezintă cel mai frecvent drog ilicit utilizat în lume și mult mai periculos decât cred majoritatea consumatorilor de droguri. Periculozitatea acestui drog și faptul că a crescut numărul consumatorilor în timp ce a scăzut vârsta la care se începe consumul sunt importante semnale de alarmă. Marijuana se produce din planta numită *Canabis Sativa,* cultivată pentru proprietățile ei psihoactive cu mai mult de 2000 de ani în urmă. Canabisul conține peste 400 de substanțe, dar principalul stimulent al creierului este THC (delta 9-tetrahydrocannabinol). Puterea de acțiune a drogului este determinată de concentrația de THC care variază în funcție de mai mulți factori precum soiul plantei, climatul, solul sau timpul de recoltare. Culturile actuale au ajuns să producă o plantă cu un procent de 4-7 ori mai mare de THC decât aveau culturile din anii 1975, iar concentrația din hașiș, o rășină extrasă din florile plantei, este de 5-10 ori mai mare ca cea din cânepa crudă.

Dovezi despre cânepa indiană avem în scrierile chinezești. THC-ul a fost identificat în organele interne ale unei mumii egiptene datând din aproximativ 950 î. Hr. Abia în jurul anului 1.000 d Hr. utilizarea plantei de canabis ca narcotic s-a răspândit în regiunea mediteraneeană estică, iar exploratorii

europeni s-au întors cu povești fascinante despre efectele hașișului.[44]

Tot din China s-a răspândit în India, fiind citată în Atharvaveda (cca. 1500 î Hr) ca o plantă sacră din care se fac băuturi rituale în cinstea zeului Shiva.[45] Trecând prin stepele eurasiatice, a ajuns la sciți, care au răspândit-o la traci, geto-daci (unde este menționată de Herodot), dar și la popoarele germanice din nordul Europei.

[44] Kuhn, Cyntia, Swartzwelder, Scott, Wilson, Wilkie (2014), *Tripat ce trebuie să știi despre droguri? De la alcool la ecstasy*, traducere de Teodora Nicolau, Ed Trei, P 240

[45] Bălăceanu Stolnici, op cit, p 128

III. Drogurile – O perspectivă antropologică

Abuzul de droguri este un fenomen complex cu implicații sociale, culturale, biologice, geografice, istorice, economice, spirituale și antropologice. Despre o abordare trasdisciplinară a acestui fenomen am scris într-o revistă internațională, idei ce vor fi redate aici.[1] Antropologii moderni iau în considerate în influențele consumului de droguri inclusiv fenomenul industrializării, al urbanizării și al migrației care au dus la pierderea metodelor tradiționale de control social făcând individul să fie vulnerabil la stresul și la viața modernă. Introducerea drogurilor sintetice și a drogurile intravenoase, infecția cu virusul HIV/SIDA, mai ales în statele din nord-estul Indiei, a adăugat o nouă dimensiune problemei drogurilor. Desigur, consumul, abuzul și dependența de substanțe sunt influențate

[1] Copăceanu, M., Bălăceanu-Stolnici, C. (2018), A Theoretical Transdisciplinary Approach to Drug Use: History, Anthropology and Culture, TheATLAS, Transdisciplinary Journal of Engineering & Science Vol. 9, pp. 3-11, 2018

și de caracteristici ale personalității individului, ale mediului apropiat, deci de aspecte individuale.

Din punct de vedere antropologic, contextul social este un factor care poate modifica efectul unui drog în ciuda toxicității chimice. Și aici se poate isca o întreagă dezbatere între psihologii sociali și neurobiologi. Să luăm cazul consumului de canabis.

Într-un studiu, participanților dintr-un grup li s-a spus că vor fuma un tip de canabis foarte puternic, iar participanților din cel de-al doilea grup li s-a spus că li se va da să fumeze un tip de canabis foarte slab. De fapt ambelor grupuri li s-au oferit să fumeze același tip de drog. Însă rezultatele au fost diferite. Astfel, primul grup a înregistrat rate subiective considerabil mai mari de euforie dar și timpi de reacție mai reduși și o necoordonare a mișcărilor mai intensă, măsurată printr-un test de precizie.[2]

Și atunci ne întrebăm: să fie oare adevărată concluzia regretatului profesor emerit de la Londra, Griffith Edwards (pe care am avut bucuria să-l cunosc la cursuri), cum că multe dintre lucrurile pe care le provoacă drogurile în minte se află deja în minte?"[3]

---

[2] Linden, David J. (2014), *Busola plăcerii, de ce ne plac jocurile, mâncarea nesănătoasă, alcoolul, orgasmul și marijuana*, trad din engleză și note Loredana Maria Oprea, Ed. All, București p 45

[3] Edwards, G. (2004), *Matters of Substance: drugs-and why everyone's a user.* P.xix. Thomas Dunne Books/St. Martin's Press.

Revenind la antropologie, până la începutul anilor 1970 „antropologia nu a dezvoltat încă o tradiție explicită a cercetării drogurilor, în special în ceea ce privește abuzul de droguri".[4] Studiul consumului de droguri nu a fost tratat ca o arenă foarte venerată a cercetării antropologice. În parte, acest lucru se explică pentru că antropologia căuta să înțeleagă mai degrabă comportamentul normativ în diferite contexte culturale decât ceea ce a ajuns să fie numit un comportament deviant în sociologie.[5]

În plus, antropologia a fost orientată spre o perspectivă funcționalistă, care a îndreptat atenția cercetătorilor asupra modului în care au fost integrate părți ale unei culturi și cum se consolidează reciproc. O consecință, după cum Bourgois constată în cartea sa[6], este că, istoric vorbind, antropologii au evitat abordarea subiectelor tabu, cum ar fi violența, abuzul sexual, dependența, înstrăinarea și auto-distrugerea.

De-a lungul anilor 1970 acest lucru a început să se schimbe, sub influența mai ales a revoluției drogurilor și a expansivității semnificative a numărului de persoane care raportau consumarea drogurilor în Occident precum și prin concentrarea antropologică crescândă asupra societăților occidentale și

[4] Bennett L., Cook P. (1996), *Alcohol and drug studies.* In: Sargent C., Johnson T., editors. Handbook of Medical Anthropology: Contemporary Theory and Practice. Westport, CT: Greenwood Press; p. 250–251.

[5] Singer, MR (2012) *Antropology and Addiction: an historical review*, Addiction, 107(10):1747-55

[6] Bourgois P. (2003), Search of Research: Selling Crack in El Barrio. Cambridge: Cambridge University Press.

aplicarea antropologiei în abordarea problemelor sociale.[7] De asemenea, esențial pentru creșterea acentului antropologiei contemporane asupra consumului de droguri și dependenței a fost rolul consumului de droguri în sindromul imunodeficienței dobândite la nivel mondial (HIV / SIDA).

La câțiva ani după izbucnirea pandemiei, contribuția potențială a antropologiei la studiul legăturilor dintre consumul de droguri și infecția cu HIV și progresia bolii a fost recunoscută, iar metodele etnografice au dobândit valoare în eforturile de sănătate publică.[8] Ca rezultat, cercetătorii antropologi au ales din ce în ce mai mult să studieze consumul de droguri și pentru a explora conceptul de dependență. La București, în cadrul Institutului de Antropologie „Francisc I. Rainer" al Academiei Române există un grup de cercetători (medici, psihologi, biologi, etc) care de ani buni sunt preocupați de cercetarea consumului de substanțe psihoactive.

[7] Kedia S., van Willigen J., editors (2005). *Applied Anthropology: Domains of Application.* Westport, CT: Praeger Publishers

[8] Carlson R., Singer M., Stephens R. (2009), Sterk C. *Reflections on 40 years of ethnographic drug abuse research: implications for the future.* J Drug Issues; 39: 57–70

III.1. Antropologia şi şamanismul

O altă contribuţie a antropologiei la studiul comportamentelor de tip dependent este în ceea ce priveşte modelul terapeutic. Plecând de la premiza că mare parte din programele terapeutice au eşuat, antropologii americani, printre care Winkelman, iau în discuţie analiza relaţiei dintre stările modificate de conştiinţă şi cultura şi psihobiologia şi în special aplicabilitatea mecanismelor terapeutice şamanice în abordarea dependenţei de droguri. Winkelman a analizat comparativ aspectele fiziologice ale diferitelor practici şamanice de modificare a conştinţei, ilustrând efectelor lor comune în multe proceduri diferite şi efectele lor terapeutice inerente legate de dependenţă care implicau reducerea stresului. De exemplu, efectele meditaţiei transcendentale în tratarea dependenţei de substanţe au arătat influenţa directă a meditaţiei asupra factorilor fiziologici care menţin adicţia, promovând totodată bunadispoziţie şi oferind experienţe gratificatoare prin încurajarea contactului cu nivele mai profunde ale minţii şi emoţiilor.[9]

Practicile şamanice induc un răspuns de relaxare, provocând descărcări integrative ale undelor theta, stimulează producţia opioidă endogenă, şi

[9] Winkelman, M. 2001. *Alternative and traditional medicine approaches for substance abuse programs: A shamanic approach.* International Journal of Drug Policy 12: 337-51.

sporesc mecanismele serotoninergice şi starea de bunădispoziţie.[10]

Importanţa unei modificări a conştiinţei în recuperarea abuzului de substanţe este subliniată în procesul de recuperare al programelor terapeutic de tip Alcolicii Anonimi, care solicită „o nouă stare de conştienţă şi trăire" creată cu scopul de a înlocui stările autodistructive induse de consumul de alcool, stări cu o abordare pozitivă de viaţă.

Deci, spre deosebire de abordările evoluţioniste ale nevoii umane pentru substanţe psihotrope, abordarea antropologică subliniază mecanismele sociale şi-îşi propune să explice comportamentul uman şi semnificaţiile simbolice pentru fiecare individ. Cercetările îndelungate ale lui Winklemann asupra stadiilor modificate ale conştiinţei ne oferă o înţelegere amănunţită a comportamentului şamanic. Substanţele psihotrope, pentru acelaşi autor, au un rol psihointegrator, deoarece crează nişte emoţii puternice concomitent cu experienţele spirituale. În societăţile tradiţionale şamanice, consumul de substanţe psihotrope era larg răspândit.[11]

Conform antropologilor Michael Harrier şi Barbara Myerhoff, stările modificate ale conştiinţei accesează tărâmuri metafizice sau „lumi interioare"

---

[10] Winkelman, M. 2001. *Alternative and traditional medicine approaches for substance abuse programs: A shamanic approach.* International Journal of Drug Policy 12: 337-51.

[11] Wilcox, J.P. 2003. Ayahuasca: *The Visionary Healing Powers of the Vine of the Soul.* Rochester, Vermont: Park Street Press.

care sunt conectate cu zeităţile şamanice şi puterile animalelor.[12]

În dezvoltarea înţelegerii consumului de droguri şi a dependenţei de droguri, antropologii au adoptat mai multe cadre explicative diferite. Componenta de bază a abordării antropologice a interacţiunii umane cu medicamente psihotrope este cunoscut sub numele de **«modelul cultural».** Acestui model cercetătorii i-au adăugat mai multe abordări analitice suplimentare concepute pentru a trata problemele specifice. Cercetarea antropologică a fost împărţită în abordări ale studierii unor droguri în mod individual. Doar recent a existat un efort de a uni studiul alcoolului cu cel al altor droguri, inclusiv tutun, precum şi studiul consumului stradal de droguri şi dependenţa cu modele de consum în societate în general.

III.2. Antropologia consumului de tutun

Cele mai multe dintre lucrările antropologiei medicale privind consumul de tutun şi sănătatea au fost făcute la nivel macro prin examinarea tendinţelor naţionale, regionale sau globale. Cu toate acestea, au fost publicate foarte puţine date la nivel

[12] Saniotis, Arthur (2010), *Evolutionary and anthropological approaches towards understanding human need for psychotropic and mood altering substances*, Journal of Psychoactive Drugs, 42:4

micro, derivate din cercetarea etnografică în comunitățile locale din afara Occidentului.[13]

Primele studii antropologice asupra fumatului de la începutul anilor 1920 redau conotațiile, obiceiurile, manierele și rolul pozitiv al fumatului. După ce s-a accentuat efectul dăunător al fumatului asupra sănătății și legătura directă cu cancerul de plămâni (de exemplu în SUA prin publicarea raportului Surgeon General, 1964) antropologia medicală a acordat o atenție deosebită, ajungându-se în anii recenți și la o analiză a aspectelor sociale, de lifestyle și existențiale, ca experiențe de viață ale fumătorilor.[14]

Cum renunțăm la fumat?

Ca să înțelegem care sunt metodele eficiente de a stopa fumatul, în cazul dependenților de tutun, trebuie să înțelegem mecanismul fumatului, chiar dacă pentru fiecare persoană are alt rol și altă semnificație. De cele mai multe ori, ca și în cazul alcoolului, există o serie de prejudecăți, idei eronate. Prima ar fi că fumatul este un aspect ce ține foarte mult de voință și că orice persoană, în orice moment din viață, dacă ar avea voință suficientă (ambiție, cum se zice în limbaj comun) ar

[13] Toma, Valentin-Veron Dr (2015), *Contribuțiile recente ale antropologiei medicale la studiul aspectelor sociale, economice și culturae ale tutunului și fumatului, Revista Medicală Română*, vol LXII, nr 1, p 66

[14] idem

renunța cu ușurință la fumat. Mai des întâlnit în rândul femeilor, funcționează prejudecata potrivit căreia „renunțatul la fumat îngrașă", adică cum că ar exista o relație cauzală între fumat și luarea în greutate. Din această pricină sunt persoane care nu vor să renunțe la fumat de teama de a nu se îngrășa. Drept dovadă stau mărturiile celor care au renunțat la fumat și, coincidență, după aceeași perioadă, au luat în greutate. Însă există și explicații ale relației fumat-îngrășat. O altă idee eronată care întreține consumul de tutun este legată de numărul de țigarete fumate și negarea dependenței. Ar suna în felul următor „fumez doar 3,4 țigări zilnic, deci pot oricând să mă las de ele, nu sunt dependent". Există și amăgiri mai noi care fac referire fie la țigări mentolate, țigări cu toxicitate mai scăzută, țigări light, slim, țigări aparținând unor anumite branduri și țigări electronice. Negarea consecințelor negative ale riscului fumatului este o altă distorsiune frecvent întâlnită printre fumători „fumez de 20 de ani și nu am nimic" sau „și bunicul a fumat toată viața, până la 85 de ani și nu a făcut cancer" sau „poți să faci cancer și dacă nu fumezi". Unele idei sunt întreținute de concepțiile din popor, altele au la bază insuficiente informații și opinii eronate sau factori de natură psihică. „Fumez când sunt stresat și nervos, iar o țigară mă relaxează", este una din cea mai întâlnită explicație care întreține fumatul, concomitent cu „nu pot trăi fără țigări, am mai încercat și nu am reușit."

Țigările creează dependență deoarece nicotina din ele provoacă impulsuri puternice de a fuma.[15]

Dependența nu ne determină să fumăm, ea determină să vrem să fumăm, să simțim nevoia de a fuma și impulsul de a fuma. Diferența aceasta între determinarea și cauzarea unui comportament și controlul unui comportament este foarte subtilă și deseori neînțeleasă. În comunitatea academică, nu mai este susținută ideea potrivit căreia oamenii sunt dependenți fizic de o substanță și continuă să consume acea substanță doar pentru a evita simptomele de sevraj. Această abordare ar fi foarte simplu de rezolvat, spune expertul din Londra, Robert West, am duce oamenii dependenți la spital, le-am da medicamente care să-i ajute să suporte simptomele de sevraj și treptat ar fi ajutați să renunțe la droguri. Însă, după externare pacienții ar avea aceleași impulsuri, ceea ce înseamnă că adevărata problemă nu reprezintă simptomele de sevraj, care sunt doar o parte, ci **modul în care pacientul face față impulsurilor puternice de a reveni la drogul adictiv după aceea.**[16]

Pentru a cunoaște cât de dependentă este o persoană de nicotină un prim indicator este dat de momentul când trebuie să aprindă prima țigară și de intensitatea acelor imbolduri. Două simple întrebări, redate de Robert West, pot elucida răspunsul:

---

[15] West, R., Smyth, C., West, J. (2014), Formula antifumat. Calea revoluționară de a te lăsa de fumat, trad Constantin DumitruPalcus, Lifestyle Publishing, p87

[16] Ibidem, p. 86

1. Când îți aprinzi de regulă prima țigară?

În cinci minute de la trezire	(3 puncte)
Între cinci și treizeci de minute de la trezire	(2 puncte)
Între treizeci de minute și o oră de la trezire	(1 punct)
La mai mult de o oră după trezire	(0 puncte)

2. Când simți imboldul de a fuma, cât de puternic este?

Nu simt vreun imbold	(0 puncte)
Imbold ușor	(1 punct)
Imbold moderat	(2 puncte)
Imbold puternic	(3 puncte)
Imbolduri foarte puternic	(4 puncte)
Imbolduri extrem de puternice	(5 puncte)

Punctajul maxim este 8. Într-o cercetare cu 40.000 de fumători, 90% dintre fumători au avut un scor de 1 sau mai mare, 75% un scor de 2 sau mai mare, 60% un scor de 3 sau mai mare, 40% un scor de 4 sau mai mare, iar fumătorii dependenți, au avut un scor de 5 sau mai mare (20%). Au existat însă și persoane care au avut un scor de 6 sau mai mare (10%), și chiar de 8 (2%). Pe lângă importanța timpului trecut până la prima țigară, un alt indicator în stabilirea gradului de dependență este perioada de abstinență: *cât timp ai stat fără să fumezi?*

Forme comune ale tutunului, pe lângă țigări, sunt trabucurile, praful, pipele și recenta țigaretă electronică. Ca prime efecte sunt relaxarea sau starea accentuată de alertă. În cazul unui consum excesiv pot exista riscuri precum afecțiuni ale căilor

respiratorii, cancer la plămâni, boli cardio-vasculare. Tipul dependenței este una puternică dacă ne gândim la dependența psihologică și o ușoară dependență fizică. Sevrajul nicotinic are multe efecte și tipuri. Unii fumători raportează că sunt iritabili și sunt incapabili să se concentreze în primele săptămâni după ce se lasă de fumat, alții se simt anxioși, deprimați și chiar au tulburări de somn.[17] Toate aceste simptome se pot întinde de la o săptămână până la 4 săptămâni. La nivel fizic, poate să apară inclusiv constipația și inflamații ale gurii. Ceea ce întâlnim des la unii fumători, din nou din cauza nicotinei este senzația de foame și în principal de alimente bogate în glucide (dulciuri, prăjituri) care se menține timp de aproximativ 4 luni. Fumatul poate avea ca efect suprimarea apetitului. Unele persoane pot considera că mâncarea are un gust mai bun după ce s-au oprit de fumat și preferă alimentele zaharoase. Totodată, fumatul accelerează metabolismul, astfel încât organismul arde calorii într-un ritm mai rapid. Deci, când cineva renunță la fumat, are nevoie de mai puține calorii.

O altă explicație pentru care persoanele care renunță la fumat preferă să mănânce suplimentar este senzația cauzată de pofta de nicotină, înțeleasă eronat ca o senzație de foame. Pentru a-și distrage atenția, foștii fumători optează pentru a mânca.[18] La nivelul gesturilor, se înlocuiește acțiunea „de la mână la gură" a fumatului cu gustări și de obicei,

[17] West et col, op cit, p 53

[18] http://www.nhs.uk/Livewell/smoking/Pages/weigh-t-gain.aspx

mai ales în cazul pauzelor de la serviciu, micile gustări sunt de fapt dulciuri sau alte alimente reci care sporesc luarea în greutate.[19]

Simptomele întreruperii consumului sunt: cerere puternică de tutun a organismului, neliniște, nervozitate sau lipsa puterii de concentrare. Despre efectele fumatului excesiv asupra comportamentului sexual în special cel masculin s-a scris mult în ultimii ani. Sunt studii care au analizat în Australia timp de un an, la 8.000 de persoane cu vârste între 16-59 de ani gradul de impotență care s-a dovedit a fi cu 39% mai frecvent decât la nefumători. Potrivit doctorului Cristopher Millet de la Colegiul Imperial din Londra riscul disfuncțiilor sexuale la fumători crește în proporție directă cu numărul de țigări fumate pe zi.[20]

În final, profesorul Anne Byskov de la Universitatea din Copenhaga a analizat influența fumatului asupra spermatozoizilor. Rezultatele au arătat că spermatozoizii purtători de cromozom Y, care răspund pentru conceperea băieților, sunt mai sensibili la modificările pe care le provoacă fumatul în organism. O posibilă explicație asupra cauzelor faptului că în ultimele decenii se nasc mai multe fete decât băieți.

---

[19] Ibidem

[20] Zorin, K.V. (2014), *Dependența de computer, de jocuri, de nicotină*, traducere de Adrian Tănăsescu Vlas, Ed Sofia, București, p 130

Canabis

Contrar opiniei oamenilor obişnuiţi, fie consumatori de canabis, fie militanţi pentru legalizarea consumului acestei plante, trebuie să vă întristez şi să declar: **canabisul creează dependenţă**, conform îndelungatelor studii medicale. Deşi sunt mai puţin evidente simptomele de natură fizică, sevraj fizic, dependenţa psihologică se dezvoltă la consumatorii pe termen lung. Modificările la nivel psihologic şi comportamental sunt cele mai evidente precum euforie, anxietate, senzaţia încetinirii timpului, slaba coordonare motorie.[21]

Apariţia unei abordări antropologice distincte a consumului de droguri şi abuzului îşi are rădăcinile în studiul consumului de alcool. În 1950, Heath a efectuat cercetări etnografice în rândul populaţiei Camba, din Boliva de Est, care, atunci când el a început să o studieze, erau angajaţi în producţia horticulturală într-o zonă împădurită. Heath a observat că majoritatea adulţilor Camba consumau cantităţi mari de rom şi rămâneau în stare de ebrietate timp de mai multe zile continue, de cel puţin de două ori pe lună.[22]

---

[21] Răşcanu, R. *op cit*, p. 97

[22] Heath D. *Continuity and Change in Drinking Patterns of the Bolivian Camba*. In: Pittman D., White H., editors. Society, Culture and Drinking Patterns Reexamined: Alcohol, Culture and Social Control Monograph Series. New Brunswick: Rutgers Center for Alcohol Studies;1991,p.78–86

Aceste excese de băutură au fost legate de festivalurile din comunitate. Mai mult, a documentat că printre Camba consumul de alcool era apreciat din punct de vedere social și chiar era scopul unor astfel de festivaluri. Cu toate acestea, alcoolismul, ca acea formă de dependență pe care literatura medicală o constată, așa cum este ea definitivă și caracterizată ca dependență de substanțe, nu a fost identificată în comunitatea Camba. Nu au fost regăsite semnele vreunui comportament antisocial, cum ar fi imposibilitatea de a vieții în comunitate respectând responsabilitățile sociale, incidente de tipul agresiunilor interpersonale sau dovezi legate de dezinhibiții sexuale sub influența alcoolului.[23] Dimpotrivă, consumul de alcool în doze mari, chiar până la punctul de inconștiență, a contribuit la solidaritatea socială și de grup, inclusiv la facilitarea „relațiilor între persoanele care sunt în mod normal, izolate și introvertite". Aceste constatări au adus în discuție convingerea comună că, consumul exagerat de alcool este în mod inerent perturbator și că utilizarea în continuare duce în mod inevitabil la dependență fiind dăunator pentru sănătate. Tocmai ca răspuns la această constatare neașteptată și având la bază examinarea ulterioară a literaturii cross-culturală despre alcool, Heath a propus un model cultural al consumului de alcool.

Conform acestui model, care a câștigat acceptarea generală printre antropologi, asocierea

[23] Singer, Merrill (2012), *Anthropology and addiction:an historical review*, Addiction, 107, 1747–1755

consumului de alcool cu o problemă specifică, fie că este vorba de una fizică, economică, psihologică sau interpersonală, este destul de rar întâlnită între culturi de-a lungul istoriei.

Ritualuri magico-religioase

Ca și Mircea Eliade, Culianu a fost interesat de rolul jucat de substanțele psihoactive în diverse manifestări mitologice-religioase și magico-rituale. În monografia dedicată călătoriilor din lumea de dincolo, Culianu identifică trei tipuri distincte de producere a extazului și viziunilor extramundane: stări modificate ale conștienței, experiențe în afara corpului și experiențe la limita morții. În primele două tipuri de provocare a extazelor și viziunilor se apelează uneori la consumul de plante psihotrope.[24]

Cu privire la iatromanți, vracii greci și anume Pitagora din Samos, Abaris din Hyperboreea, Aristeu din Proconessos, Epimenide din Creta, Culianu, a identificat în comportamentul lor unele practici șamanice precum intoxicarea cu plante halucinogene, călătorii extatice, părăsirea trupului de către suflet, catalepsia, abstinența, previziunea, iatromagia, etc.

Una dintre ierburile psihotrope utilizate de iatromanți ar fi o plantă, greu de identificat chiar și pentru Pliniu cel Bătrân, numită alimos cu sensul „fără foame", în sensul că această plantă ar avea

[24] Oișteanu, A. (2014), *Religie, politică și mit. Texte despre Mircea Eliade și Ioan Petru Culianu*, Polirom Iași, p 283

efect de a suspenda foamea. Culianu a susținut că este vorba de o specie locală de plantă, asemănătoare cu frunzele de coca din America de Sud (Erythroxylum coca), conținând un alcaloid euforizant care taie senzația de foame: *mărturiile nu menționează dacă se presupunea că iatromanții greci foloseau ori nu substanțe euforice sau halucinogene, dar cercetări recente ale proprietăților drogurilor psihotrope și psihedelice par să încline balanța în favoarea unei asemena ipoteze.*[25]

Mircea Eliade, în 1976, în Istoria credințelor și ideilor religioase, se întreabă dacă tipul de experiență religioasă specific zarathustriană poate fi apropiat de experiențele extatice caracteristice șamanilor central-asiatici. Unul dintre argumentele forte constă în faptul că pentru obținerea extazului erau folosite diverse plante psihotrope, mai ales canabis (bhang).[26] Eliade a admis cu greu existența unui anumit tip de șamanism în epoca paleolitică: *Dacă prin acest termen înțelegem orice fenomem extatic și orice tehnică magică, este evident faptul că vor fi depistate unele aspecte șamanice la indo-europeni sau al alte colectivități etnice sau culturale.*[27]

---

[25] Culianu, IP (2007), *Călătorii în lumea de dincolo*, Editia a III-a, traducere de Gabriela si Andrei Oisteanu, prefața și note de Andrei Oisteanu, Cuvint inainte de Lawrence E. Sulliva, Polirom, p 180

[26] Oișteanu A. (2014), Religie, politică și mit. Texte despre Mircea Eliade și Ioan Petru Culianu, Polirom, p 285

[27] Eliade, M. (2014), *Șamanismul și tehnicile arhaice ale extazului*, trad Brindusa Prelipceanu și Cezar Baltag, Humanitas, București, p 67

În anul 1981, Culianu, susține o conferință la Universitatea din Groningen despre utilizarea plantelor stupefiante de către vrăjitoarele din Europa medievală unde a abordat formele de intoxicare involuntară cu secară infestată cu Clavecipes purpurea, cât și zborurile magice provocate de alifiile halucinogene. Iată ce scria în studiul intitulat Realitatea vrăjitoriei: *am văzut mulți drogați și nu trece o zi să nu aud vorbindu-se despre ei, pe lângă faptul că am citit o întreagă literatură despre experiențele lor. Sunt convins că folosirea halucinogelor – sub supravegherea „specialiștilor" și în interiorul unor confrerii inițiatice – este la originea anumitor credințe ale omenirii, îndeosebi a acelor care au legătură cu mobilitatea sufletului și cu zborul magic. În cazul vrăjitoriei, nu e nicio umbră de îndoială că așa stau lucrurile.*[28]

Conform lui Oișteanu plantele psihotrope devin pentru Culianu nu doar halucinogene, ci doar entheogene care provoacă îndumnezeirea. Deci ele ar fi la originea anumitor credințe mito-religioase și practici magico-rituale.[29]

[28] Culianu, IP (1999), *Eros și magie în Renaștere*. 1484. Trad de Dan Petrescu, prefață de Mircea Eliade, postafață de Sorin Antohi, Nemira, București, p 340

[29] Oișteanu, *Religie, politică*, p 87

IV. Aspectul cultural al consumului de droguri

Cultura este proprie omului, negâsind-o în regnul animal. De aceea, Kant, definea omul drep singura ființă creatoare de cultură. Definirea culturii este o sarcină foarte dificilă deoarece i s-au dat aproape 200 de definiții.[1] Cultura cuprinde valorile, credințele, normele, tradițiile, arta, istoria, folclorul și instituțiile împărtășite de un grup de oameni. În ceea ce privește consumul și abuzul de substanțe, la nivel individual, nu există un set de variabile unic sau generic care să explice acest comportament. Pentru fiecare individ există mai multe explicații specifice, în funcție de contextul social, cultural, etnic și epoca istorică, scopurile și motivele fiind extrem de diferite și individualizate.

Ce-i drept într-o formă sau alta aproape toate culturile au folosit substanțe psihoactive pentru

[1] Bălăceanu Stolnici, C., Glavce, C., Berescu M., Borosanu, A. (2010), Antropologia între știință și cultură, Ed Pro Universitaria, București, P.101

diferite scopuri precum facilitarea interacțiunii sociale, alterarea conștiinței sau vindecare.[2]

Abuzul de droguri, din perspectiva comportamentului uman în general este perceput ca o rezultantă a unor caracteristici genetice și biochimice, experiențe de învățare anterioare, stadii motivaționale, antecedente psihosociale și contexte culturale în care apare. Aceste condiții oferă o varietate semnificativă în comportamentul abuzului de droguri. Printre acești factori determinanți și de influență, factorii sociali și culturali joacă un rol important în inițierea, menținerea și chiar intervenția terapeutică.

În plus, consideră unii autori, cele mai multe consecințe ale consumului de alcool sunt mediate mai degrabă de factori culturali, decât să fie determinate în sens restrâns de factori farmacobiologici.[3] Deși nu se poate nega faptul că alcoolul este un produs chimic puternic, ce rămâne esențial pentru modelul cultural în determinarea efectelor consumului excesiv de alcool sunt credințele culturale despre efectele alcoolului.

Înțelegem că dependența nu este bazată doar pe voința liberă de a consuma sau pe alegerea conștientă a individului de a alege, este vorba totuși de influențe mult mai profunde. Natura dependenței are deci o bază biologică, psihologică și socială. Chiar

[2] Jiloha, R.C. (2009), Social and cultural aspects of drug abuse in adolescents, Delhi Psychiatry Journal, vol 12 no 2, 167-175

[3] Bennett L. (1988) Alcohol in context: anthropological perspectives. Drugs Soc; 2: 89–131

dacă oamenii pot fi biologic şi psihologic predispuşi la consumul de droguri şi dependenţă, uneori pot fi influenţaţi şi de factori culturali şi sociali. Cât de mult stimulii de mediu afectează vulnerabilitatea persoanei de a deveni dependentă rămâne necunoscut şi poate varia de la o persoană la altă persoană. Cu toate acestea, nu se poate ignora impactul mediului asupra dezvoltării dependenţei. S-a aflat că unii factori de mediu au o influenţă mai mare decât alţii.[4]

De importanţă egală este problema semnificaţiei. Ca o practică socială construită cultural, consumul de alcool (tipul de consumul şi contextul consumului) implică semnificaţii culturale încărcate emoţional despre diverse probleme, inclusiv solidaritatea socială, identitate, recunoaşterea noilor statuturi sociale şi realizare, amintiri nostalgice, onorarea celor dragi, ospitalitatea, doliu, tranziţii, celebrarea eroilor culturali, intimitatea, distracţia, sănătatea, experienţa religioasă.[5] Valoarea solidarităţii, de exemplu, este exprimată şi consolidată prin schimbul vinului între bărbaţi şi femei, bolnavi şi bătrâni. Într-adevăr, rolul consumului de alcool, băut în întărirea sentimentului de solidaritate

[4] Hawkins, JD, Catalano, R (1992): Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance use prevention, *Psych Bulletin*, 112:64-105

[5] Douglas M. (1987), editor. Constructive Drinking: Perspectives on Drink from Anthropology. NewYork: Routledge;

socială a fost o temă obișnuită în antropologia consumului. Conform lui MacAndrew și Edgerton,

modul în care oamenii se desfășoară atunci când sunt sub influența consumului de alcool este determinat nu de toxicitatea alcoolului, ci de ceea ce face societatea, de semnificația pe care o conferă societatea celor care sunt în starea de ebrietate.[6]

Așa cum subliniază Marshall, cea mai importantă contribuție pe care a adus-o antropologia la studiul alcoolului, și în sens larg la domeniul drogurilor a fost de a demonstra non-antropologilor importanța factorilor socio-culturali pentru a înțelege relația dintre alcool și comportamentul uman.[7]

Modelul cultural al consumului a fost aspru criticat de Robin Room alături de alți autori. Room a afirmat că diferitele problemele de sănătate și sociale asociate consumului de alcool au fost în mod sistematic subestimate în literatura etnografică.[8]

Chiar când a participat la unele conferințe ale antropologilor pe această tematică a considerat că aceștia au tendința de a diminua gravitatea problemei consumului de alcool.

El a pus problema acestor tendințe pe care le-a găsit în studiile antropologice ale consumului de alcool pe seama familiarizării neadecvate și

---

[6] MacAndrew C., Edger ton R. (1969), Dr unken Comportment: A Social Explanation. Chicago: Aldine; în Singer, op cit, p 1749

[7] Ibidem

[8] Room R. (1984), Alcohol and ethnography: a case of problem deflation? Curr Anthropol; 25: 169–78

insuficiente cu literatura despre alcool în maniera multidisciplinară, pe caracterul vag al conceptului de dependență în unele contexte interculturale și pe faptul că multe etnografii ale consumului de alcool au fost produse de o generație care înțelege consumul de alcool ca fiind ceva normal. Oricum, în timp, chiar Heath a ajuns să recunoască faptul că și modelele tribului Camba cu privire la consumul de alcool au început să se schimbe, concomitent cu faptul că modul lor tradițional de viață a devenit de neconceput atunci când pădurile locale au fost tăiate pentru a obține profit pe piața de cherestea la nivel mondial. Ca rezultat, mulți din tribul Camba au fost deposedați de pământul lor, și în consecință modul lor obișnuit de viață s-a schimbat. În același timp, economia horticolă Camba a fost înlocuită de de comerțul ilegal cu coca și cocaină.[9]

Pe scurt, munca lui Heath, și a altor antropologi devotați modelului cultural, sugerează că, un consum exagerat de alcool în mod obișnuit (fără semne evidente ale dependenței), tinde să se regăsească în situații în care viața socială comunitară tradițională nu a fost pătrunsă pe deplin și perturbată de forțele globalizării capitaliste. Examinarea distribuției drogurilor naturale în mediile ancestrale ne-a descoperit că existau cantități limitate de resurse ceea ce înseamnă că exista inclusiv o slabă supraactivitate a comportamentelor hedonice, ceea ce nu a determinat nevoi de adaptare și dezvoltare a sistemului dopaminergic-cortico-mezolimbic.

---

[9] idem

Diferențele cu privire la efectele fiziologice și psihologice ale drogurilor au loc în cadrul unor culturi de droguri. De exemplu, cultura persoanelor care consumă heroina este de obicei mai puțin frenetică decât cultura de droguri care implică consumul de metamfetamină. Poate ar fi obligatoriu ca specialiștii din sănătatea mintală înainte de a trece la acordarea tratamentului binecunoscut, potrivit protocoalelor clinice, să acorde o atenție deosebită și mai mult timp cunoașterii culturii din care face parte fiecare consumator și să înțeleagă factorii culturali care influențează consumul.

IV.1. Drogurile și cultura. America de Sud – *AYAHUASCA*

Din perspectivă istorică substanțele psihoactive au fost folosite în ceremoniile religioase de preoți, pentru scopuri medicale sau în cantități mai mari de un segment de populație într-o societate care accepta din punct de vedere social. Patternul dominant al consumului a variat în funcție de epocă și de loc. Un parametru important era gradul de aculturalizare al drogului. De exemplu nicotina și cocaina sunt relativ noi comparativ cu opiumul și canabisul originar din Eurasia.[10] Tradiția spune că preoții etiopieni au început să prăjească și să fiarbă

[10] Vetulani J. (2001), Drug Addiction, part I, psychoactive substances in the past and present, Pol J Pharmacol, 53:201-204

boabe de cafea pentru a nu adormi pe timpul nopţilor dedicate rugăciunii.

Preoţii sau şamanii consumau plante inducându-şi transe disociative. Aceste substanţe sunt uneori denumite „eteogenice". Ciuperca *Amanitamuscaria*, cunoscută sub numele obişnuit de fly agaric, a fost folosită timp de secole în ritualurile religioase în Asia Centrală, cel puţin pentru 4.000 de ani. În călătoriile vizionare ale şamanilor sud-americani se consuma *ayahuasca*, numit şi vinul sufletului, o specie din genul *Banisteriopsis*, o plantă agăţătoare de junglă, amestecată cu alte plante.[11]

În America de Sud se foloseau în ţări precum Panama, Brazilia, Venezuela, Columbia, Peru şi Bolivia. Scoarţa plantei era zdrobită până se transforma în pastă şi apoi amestecată cu apă rece, fie fiartă mai multe ore pentru ca în final să fie băută. Prezenţa altor plante alături de speciile din genul *Banisteriopsis* amplifică semnificativ efectele psihoactive ale acestor plante preparate de băştinaşi. Triptaminele psihoactive conţinute de aceşti aditivi sunt inactive dacă se administrează oral, cu excepţia cazului în care sunt prezente substanţele numite inhibitori MAO (monoamin-oxidază). Întrucât harmina şi harmalina sunt inhibitori MAO, ele completează triptaminele iar conjugarea acestor doi alcaloizi facilitează efectele halucinogene puternice ale preparatelor cu *ayahuasca*.

[11] Rubgey, op cit, p 13

Botanistul Richard Schultes în cercetările sale a întâlnit mai multe persoane care au consumat ayahuasca și a descris modul de utilizare și efectele acestui amestec: *Ingerarea de Ayahuasca produce de obicei greață, amețeală, vomă și duce fie la o stare euforică, fie la una agresivă. Deseori indianul se vede ținta atacurilor copleșitoare ale unor șerpi sau jaguari uriași. Aceste animale îl umilesc adesea pentru că este un biet om. Caracterul repetitiv al apariției șerpilor și jaguarilor în viziunile date de Ayahuasca i-a intrigat pe psihologi. Este lesne de înțeles rolul important jucat de aceste animale, din moment ce ele sunt singurele ființe pe care le respectă și de care se tem indienii din pădurea tropicală, datorită forței și capacității de a se deplasa fără să fie văzute sau auzite, ele au dobândit supremația în credințele religioase ale aboringienilor. În multe triburi, șamanul devine o felină în timpul intoxicației, exercitându-și puterile feline. Vracii yekwana imită răgetele jaguarilor. Consumatorii de Ayahuasca din tribul tukano pot să aibă coșmaruri în care se văd înghițiți de fălci de jaguar sau în care niște șerpi uriași se apropie și se încolăcesc în jurul lor. Șamanii tribului conibo-shipibo achiziționează șerpi uriași ca bunuri personale, pentru a se apăra în bătăliile supranaturale cu alți șamani puternici. Drogul poate fi instrumentul folosit de șaman pentru a diagnostica boli sau împiedica dezastre iminente, pentru a ghici capcanele dușmanilor, pentru a face profeții. Dar este mai mult decât instrumentul șamanului. El pătrunde în aproape toate aspectele vieții oamenilor care îl consumă, într-o măsură neegală de vreun alt*

halucinogen. Consumatorii, fie ei șamani sau nu, văd toți zeii, primele ființe umane și primele animale și ajungă să înțeleagă crearea ordinii lor sociale.[12]

Descoperirile lui Scultes sunt diferite de mărturiile ironice ale primilor exploratori europeni precum catolicii iezuiți care ajunși în anul 1773 și descoperind ayahuasca, o declară licoare diabolică. Aceasta ingerată în scopuri divinatorii te deposedează de simțuri și uneori chiar de viață. Studiera științifică riguroasă a apărut odată cu cercetările de teren ale botanistului englez Richard Spruce din anii 1850. Ajungând în 1851 în Brazilia, acesta a adunat monstre de la tribul tukanoan pentru a le analiza chimic. Imaginile geometrice de tip halucinatoriu care apar in timpul consumului au un rol deosebit în modelarea vieții culturale. Aceste reprezentări grafice constituie datele vizuale brute pe baza cărora se construiește un cod cultural complex, fiecare semn individual reprezentând o serie de credințe sociale și instituții extrem de importante, iar oamenii tribului le consideră ca aparținând unei realități superioare celei percepute în stările de conștiință obișnuită.[13] Impactul este atât de dominant și se transpune în viața culturală încât artele, arhitectura, ceramica decorativă, desenele pe nisip, măștile, instrumentele muzicale, colierele, obiectele de mic mobilier, armele, au la bază modele de acest fel, inclusiv cântecele și dansurile se bazează pe

[12] Schultes,R.E., Hofmann, A., (1980), *Plants of Gods: origins of hallucinogenic use*, Hutchinson, Londra în Rudgley, op cit p 39-40

[13] Rudgley, op cit, p 41

halucinațiile auditive și vizuale ce rezultă în urma consumării poțiunii.

IV.2. Drogurile și vracii

Un rol central în viața tribului este jucat întotdeauna de un număr de indivizi dotați excepționali și doritori, sau destinați, să devină specialiști religioși, numiți vraci, tămăduitori, șamani sau bărbați de rang înalt.[14] Ei îi vindecă pe cei bolnavi, protejează tribul de magia neagră, îi descoperă pe cei vinovați de morți premature, au funcții importante în ceremoniile de inițiere și o relație cu Ființele Supranaturale și ceilalți eroi ai istoriei sacre a tribului.

Vracii au puteri speciale precum mersul pe jăratec, capacitatea de a apărea și dispărea, deplasarea rapidă. Ei pot vindeca pe cei bolnavi pentru că pot vedea obiectele magice care au cauzat boala și le pot elimina sau anihila. Vracii pot aduce ploaia pentru că au puterea de a urca la cer sau de a invoca norii. Tocmai datorită acestei puteri magico-religioasă se bucură de un prestigiu social, rol cultural și o supremație politică.

Vracii sunt speciali pentru că numai ei se pot întâlni și pot conversa cu Zeitățile și numai ei pot vedea spiritele și fantomele morților.

---

[14] Eliade, Mircea (1975), *Religii australine. O introducere*, trad Walter Fotescu, București, ed Herald, p 165

La fel ca și în alte triburi, vraciul australian nu este produsul unei creații spontane, el este „făcut" fie de Ființele Supranaturale, fie de vracii din tribul său, devenind prin moștenirea profesiei, prin „chemare" sau alegere, sau prin căutare personală. Indiferent de modalitate, regula tribului spune că, un candidat nu este recunoscut ca vraci până nu a fost acceptat de un anumit număr de bărbați de rang înalt și nu a fost instruit de unii dintre aceștia și cel mai important până nu a trecut o inițiere mai mult sau mai puțin spectaculoasă. În majoritatea cazurilor inițierea constă dintr-o experiență extatică, în timpul căreia candidatul întâlnește Ființe Supranaturale, suferă anumite operații și întreprinde ascensiuni la cer și descinderi în lumea subterană.[15]

Vracii din regiunea canadiană Woodland Cree cunosc plantele halucinogene din mediul lor, dar preferă să nu le consume, întrucât consideră că au efecte psihoactive greu de controlat și de aceea, nu sunt de mare folos.[16] Experiențele onirice și extatice sunt sursa de puteri magico-religioase prin excelență!

[15] Idem, p. 167
[16] Rudgey, op cit p 14

IV.3. Inițierile șamanice australiene

Caracterul pronunțat ascetic al consumului halucinogenelor în practicile de tip șamanic se deosebește de practicile moderne cu scop reacreativ al drogurilor. Ingerarea halucinogenelor în ritualurile tradiționale era precedată de o perioadă de renunțare la hrană, apă și la somn, obligații prin care șamanul se detașa de lumea cotidiană și devenea mai aproape de morți și spirite. Se pare că doar unii șamani foloseau substanțe psihoactive. De exemplu, în unele părți ale Siberiei, doar șamanii mai slabi consumau ciuperca pălăria-șarpelui.[17]

Pe lângă „uciderea" neofitului, un element esențial al acestor inițieri constituie inserarea de substanțe magice, mai ales cristale de cuarț. Așa cum descrie Elkin în The Australian Aborigenes, citat de Eliade, puterile vraciului sunt asociate și mediate de posesia și inserția unor cristale de cuarț sau alte substanțe magice (scoici de perle sau spirite-șerpi), ca o practică pan-australiană.[18] A poseda astfel de substanțe în corp, înseamnă, în ultimă instanță a participa la esența mistică a Ființelor Supreme, sau a divinității cosmice prin excelență, Șarpele Curcubeului.

Efectele speciale produse de unele dintre plantele ce nu-și găsiseră utilizare în alimentație și

[17] Ibidem
[18] Idem, p. 194

terapeutică, fiind deci considerate de oamenii simpli ca nefolositoare, nu au scăpat atenției vracilor care, fie în urma unor întâmplări neobișnuite, fie ei înșiși încercând anumite experiențe, au observat că acestea se manifestau exclusiv asupra psihicului uman.[19]

În scopul obținerii unor stări euforice cu valoare magică, vrăjitorul consuma el însuși preparatul respectiv sau îl administra altor persoane, toate acestea însoțite de un anumit ritual cu semnificație pentru cei prezenți. Efectele acestor plante utilizate de vraci sub o formă anume de monopol sunt descrise de chimistul dr. Ștefănescu: „ paralizarea voinței, provocarea de halucinații și stări delirante, dedublarea personalității, catalepsie, viziuni colorate, clariviziune și vedere la distanță, insensibilitate la o serie de factori exteriori și o întreagă gamă de alte manifestări neobișnuite ce surprindeau prin însolitul lor. „[20] Deseori pentru a obține o cât mai mare credibilitate din partea colectivității, asupra capacității de a stabili legături cu spiritele, prepararea substanțelor se făcea astfel încât să se creadă că efectele se datorau exclusiv practicilor magice și nu ierburilor în sine.

Studiile psihologice au arătat faptul că modul în care oamenii reacționează la consumul de droguri în general, este mai mult expresia culturii individuale, a așteptărilor și a implicării emoționale, decât cea a chimiei drogului și a proprietăților sale

[19] Ștefănescu, Paul (1994), *Plante de vrajă*, Ed All, București, p. 1

[20] Ibidem

farmacologice.[21] Timothy Leardy şi Richard Alpert de la Universitatea Harvard au studiat efectele substanţelor psihotrope asupra americanilor şi au pus accentul pe potenţialităţile cortexului nu ale drogului, drogul fiind doar un instrument.

Normele sociale, regulile împărtăşite de comunitate care prescriu un comportament dezirabil sau indezirabil, comportamente pe care oamenii le consideră vitale pentru bunăstarea lor şi pentru valorile pe care ei le adoptă, sancţiunile, acele recompense sau pedepse impuse din punct de vedere social care determină oamenii să se adapteze la norme, constituie de fapt ingredientele unei culturi.[22]

IV.4. Exemplul Indiei

În cultura indiană, care se bucură de o diversitate deosebită, există o istorie îndelungată a consumului de substanţe produse de plante precum canabis şi opium de-a lungul a cel puţin 5 mii de ani. Vorbim de unele grupuri sociale, culturi, care în mod cert sunt mult mai vulnerabile la consumul de substanţe, decât altele. Religia, tradiţiile, castele au un rol semnificativ în alegerea tipului de droguri, consumul lor şi controlul în rândul populaţiilor semiurbane sau rurale. Deşi, după unii autori, societatea indiană ar fi descrisă ca una bazată

[21] Peel S., Brodsky A. (1976), Addiction Is a Social Disease, Addictions, pg 21

[22] Jiloha, idem

pe abstinență, totuși datele recente nu susțin acest concept. În India, numărul dependenților de droguri crește de la o zi la alta, tânăra populație fiind la un risc crescut cu 40% sub vârsta de 18 ani. Diferențele între orașe și regiuni sunt considerabile. Dacă în zona de vest a Bengalului și Predes numărul tinerilor consumatori crește până la 60%, în zona Hariana proporția este de aproximativ 35%, conform datelor furnizate de Rapoartele despre Droguri și Substanțe Psihoactive ale Convenției Națiunilor Unite.[23] În unele state ale Indiei fumatul este folosit în mod obișnuit și frecvent chiar de copii și adolescenți. Potrivit unor cercetări, **70% dintre adulți au declarat că au început să fumeze zilnic înainte de vârsta de 18 ani**. Acest comportament de risc se regăsește cu preponderență în păturile sociale cu venituri scăzute, suport social scăzut, victime ale deprivării și discriminării.[24]

Oficial, un milion de dependeți de heroină sunt înregistrați în India, neoficial se estimează că cifra acestora atinge 5 milioane. Cabanisul, heroina și drogurile farmaceutice produse de indieni sunt cele mai frecvente droguri în India. Produsele de canabis precum *charas*, *bhang* sau *ganja*, sunt consumate datorită sfințeniei din perspectiva religioasă și a asocierii cu unele zeități hinduse.

---

[23] Jiloha, idem

[24] Lynch BS. și Bonnie RJ. (1994), Growing up tobacco free: Preventing nicotine addiction in children and youths. Washington, DC: National Academy Press

IV.5. Drogurile și adolescența

În ceea ce privește drogurile consumate de adolescenți, Kastner și Silberstein[25] demonstrează că acestea sunt relaționate cu presiunile procesului de dezvoltare. Astfel, ei au identicat că drogurile pot avea o relevanță în procesul dezvoltării în 6 feluri:

a) O încălcare deliberată a normelor sociale

b) Testarea dacă adolescentul este capabil să se comporte precum un adult

c) Comportamentul excesiv și ritualizat în sensul de testarea limitelor

d) Lipsa autocontrolului și deci un indicator al „subdezvoltării"

e) Un stil de viață în concordanță cu vârsta, specific vârstei, cu scopul integrării în anturaj/grupul de prieteni

f) O reacție de urgență la stresul zilnic specific vârstei, deci o strategie de coping.

Factorii culturali care sunt asociați cu abuzul de droguri au un rol de influență în inițierea și menținerea consumului în adolescență. Factorii sociali și culturali în inițierea fumatului de pildă variază de la o țară la alta, de la o lume dezvoltată la alta în curs de dezvoltare, de la regiune la regiune și de la cultură la cultură.

---

[25] Kast ner Peter a nd Si lbereisese R K (1984). Drogengebrauch Jugendlicher auaentwicklungs psychologischer Sicht. In BildunUnd Erziehung; 37: 271-285

IV.6. Influența părinților

Numeroase studii au subliniat rolul puternic al influenței părinților asupra propriilor copii în inițiera consumului de substanțe. Conform unor cercetători, copiii au un risc dublu de a deveni fumători dacă părinții lor sunt fumători. În contrast, dezaprobarea părintească a fumatului scade șansele ca adolescentul să înceapă să fumeze. Fetele adolescente au mai multe șanse să fumeze dacă ambii părinți sunt fumători. Există o corelație puternică între mama fumătoare și tânăra fetiță care devine fumătoare.[26] Creșterea copiilor într-o casă în care se fumează crește probabilitatea ca acel copil să devină fumător. Părinții care fumează sunt mai permisivi față de fumatul copiilor lor și astfel scade probabilitatea de a se opune acestui comportament, mai ales dacă au acces ușor la fumat. Copiii au un risc crescut de a se apuca de fumat dacă un frate sau soră mai mare fumează.

Canabisul, un drog tradițional în societatea din India este ritualizat în adunări religioase și sociale.

În unele grupuri culturale este sancționat din punct de vedere social comportamentul de consum (ex *bhang, charas*) de către adolescenți și e necesară

[26] Aaro LE, Hauknes A, Berglund EL. 1981Smoking among Norwegian school children 1975-1980: The Influence of Social Environment. Scand J Psychiat; 22: 297-309

aprobarea părinților. În cazul alcoolului, atitudinea părinților față de alcool joacă un rol important în inițierea adolescentului în consumul de alcool, așa cum rezultă și din studiile invocate în paginile următoare.

IV.7. Structura familială

Nivelele ridicate ale educației parentale și variabilele socio-economice au o relație inversă cu consumul de tutun și consumul altor substanțe psihoactive printre adolescenți. Prevalența fumatului este mai des întâlnită în familii cu status socio-economic educațional scăzut. Alți factori asociați cu abuzul de droguri în rândul adolescenților sunt divorțul părinților, neînțelegerile dintre părinți sau existența unui părinte singur sau părinții care au o slabă supraveghere a copiilor lor.

IV.8. Influența grupului

Prietenii au cea mai mare influență asupra tânărului adolescent fumător. Începerea fumatului în general are loc în prezența unui prieten care este fumător. Adolescentele care au cel mai bun prieten fumător au un risc de 9 ori mai mare pentru a deveni fumătoare. Fumatul este o activitate comună cu funcții importante de socializare în rândul tinerilor.

Având prieteni care fumează este un factor de risc pentru continuarea fumatului între tinerii care au început deja să fumeze. Abuzul de canabis în populația școlară este asociată cu performanță școlară scăzută, abandon școlar și reîntărirea simptomelor de tulburare de conduită. Despre influența grupului de prieteni (anturajul) vom citi în partea finală a cărții.

IV.9. O CULTURĂ NOUĂ: CULTURA ONLINE A DROGURILOR

O schimbare majoră care a avut loc în cultura drogurilor în ultimii ani este dezvoltarea comunităților de Internet organizate în jurul consumului de droguri și facilitarea consumului de droguri inclusiv prin informații despre utilizarea, producția și vânzârea drogurilor.

În ultimii ani și România se confruntă cu comercializarea online a drogurilor. Pentru că prezintă multe avantaje. Drogurile pot fi procurate de la diverși furnizori via online chiar de către consumatori minori. Deseori traficanții de droguri folosesc ca intermediari copii sub 14 ani tocmai pentru că aceștia nu pot răspunde penal. Astăzi, conform datelor Agenției Naționale Antidrog, în România nu mai există niciunul din așa numitele magazine de vise (Spice shop), cele care sub umbrela comercializării unor substanțe legale cu diferite scopuri, precum îngrășământ pentru plante sau sare de baie,

vindeau droguri. La un preț extrem de mic (15-20 de euro) se puteau obține produse precum Salvia Divinorum, Spice Diamon, Weed.

Drept urmare comunitățile online și-au intensificat activitatea, mediul online fiind unul extrem de dificil de monitorizat de organele abilitate. Comunicarea online prezintă o serie de avantaje, comenzile de livrare a drogurilor ușoare făcându-se de acasă, la orice oră, folosind inclusiv serviciile de poștă tradițională, coletărie sau chiar firmele de livrări la domiciliu și taximetria. Alte tipuri de comunități online sunt cele care se dezvoltă în jurul site-urilor sau forumurilor de discuții unde indivizii pot descrie experiențele lor legate de droguri, pot găsi informații cu privire la achiziționarea și utilizarea drogurilor. Este locul unde pot discuta de la interese muzicale la probleme juridice. Multe dintre site-urile online sunt create inițial pentru a diminua consecințele negative ale consumului de substanțe prin informarea oamenilor cu privire la diverse aspecte juridice și medicale conexe. Din păcate, influența nespecialiștilor prin dezvăluirea unor experiențe personale este mare.

Ca și în alte culturi de droguri, utilizatorii acestor site-uri web și forumuri de discuții dezvoltă propriul lor limbaj și propriile valori cu referire la consumul de droguri. Drogurile de club și halucinogenele sunt cele mai mult dezbătute tipuri de droguri, pe când comunitățile online implică discutarea tuturor tipurilor de substanțe licite și ilicite, inclusiv stimulente și opioide. Se fac recomandări

și se dau sfaturi despre combinația acestora într-o manieră inedită și efectele așteptate.

Culturile de droguri se pot schimba rapid si variază în funcție de zone geografice, socio-economice, și generații, de aceea e nevoie de o înțelegere a culturilor actuale de droguri și modul în care aceste culturi susțin utilizarea și prezintă riscuri pentru sănătatea populației.

Drept urmare, în Statele Unite s-au dezvoltat modele de formare și training de terapie adresate specialiștilor care se centrează pe bazele culturale ale consumului de droguri, pe caracteristicile culturale ale unor grupuri de persoane, mai ales în ceea ce privește categoria adolescenților, pe ceea ce înseamnă valori, credințe, tradiții, obiceiuri, pe factori precum sexualitatea, stilurile de muzică, stiluri vestimentare, de comunicare, patternurile de socializare, ideologiile politice și alți factori.

IV.10. Drogurile și muzica

Despre influența și consumul drogurilor în rândurile marilor muzicieni se cunosc detalii de viață personală. Ludwig van Beethoven era consumator de vin roșu, de unde și ciroza care i-a cauzat moartea. Pe patul de moarte, la sosirea ultimului colet de 12 vinuri roșii a declarat „păcat, păcat, prea târziu". Se crede că Hector Berlioz a compus *Simfonia fantastică* sub influența consumului de opiu. Tot consumator de opiu a fost și Frédéric Chopin, care a

murit prematur la 39 de ani, suferind probabil de epilepsie de lob temporar, cauze ale halucinațiilor. Despre Robert Schumann se știe că ar fi consumat mercur, chinină și arsenic.

În ceea ce privește relația dintre muzică și tipul de droguri consumat, în România, Agenția Națională Antidrog a realizat o cercetare publicată în 2009 cu titlul „Consumul de droguri în spații recreaționale", având ca segment de cercetare tinerii cu domiciliul în București cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani. S-au aplicat 320 chestionare pe teren în 5 cluburi și 1.511 chestionare online pe website-uri și rețele sociale online care promovează evenimentele recreaționale.

S-au putut identifica substanțe folosite cu predilecție în mediile recreaționale cum ar fi: ecstasy, canabis, cocaina sau amfetaminele. Canabisul era consumat îndeosebi de persoanele din intervalul de vârstă 25-34 (33,8%), o situație similară întâlnindu-se și în cazul cocainei (6,2%), și a ciupercilor halucinogene (6%). Ecstasy-ul se consuma cel mai frecvent în intervalul de vârstă 19-24 (10,5%), totuși diferența nu este foarte mare în comparație cu intervalul 15-18 ani (9,4%). Heroina avea cea mai mare prevalență tot în intervalul 19-24 (2,1%), iar amfetaminele erau cel mai frecvent consumate de cei cu vârsta între 15-18 ani (6%). 46,6% dintre respondenți au pus în topul preferințelor muzica electronică house/minimal/electro, 11,5% preferau pop, 13,7% preferau rap/reggae, 14,5% rock, 15,5% punk, 6,7% latino, iar 5,2% erau ascultători de manele.

Cu privire la asocierea dintre prevalența consumului de droguri de-a lungul vieții și stilul de muzică preferat, respondenții care consumau în principal canabis erau cei care ascultau muzică rock (45.9%), house (30.6%) și pop (24.6%), cei care consumau Ecstasy ascultau muzica house în proporție de 16.8%, pe când consumatorii de cocaină erau cei care preferau muzica de tip punk. Procentul cel mai mare al celor care au consumat tranchilizante a coincis cu preferința pentru muzica de tip latino (8.7%).[27]

Legătura dintre muzică și consumul de drog este un fenomen extrem de cunoscut mai ales în America prin ceea ce a însemnat mișcarea hippie în anii 1960-1970 când tinerii născuți după război și revoltați împotriva societății părinților lor au început să fie interesați de civilizațiile nonoccidentale, de religiile noncreștine, de practicile magico-rituale, yoga și droguri. Carlos Castaneda (1925-1998) în cărțile publicate descrie inițierea sa de către un guru șaman, dintr-un trib nord-mexican, cu ajutorul unor plante halucinogene: muguri de cactus peyotl, ciupercă psihedelică și ciumăfaie.[28]

Poate cel mai cunoscut drog, numit drogul discotecilor în anii 1980 a fost MDMA cunoscut sub numele de Ecstasy (o amină foarte activă care

---

[27] Consumul de droguri în spatii recreaționale, Raport de Cercetare, Agenția Națională Antidrog, coordonator proiect: Andrei Botescu Sociolog – Observatorul Român pentru Droguri și Toxicomanii http://www.ana.gov.ro/stu-dii/Consumul%20in%20spatii%20recreationale%202009.pdf

[28] Oișteanu, Religie, p 109

determină eliberarea de serotonină, noradrenalină și dopamină). Ecstasy (cunoscut cu diverse denumiri „euphoria", „magic", „love drug", „XTC") a devenit o parte esențială a petrecerilor cu muzică electronică intensă, însoțită de jocuri de lumini și dansuri dezlănțuite. Barurile din insula spaniolă Ibiza au jucat un rol important în popularizarea acestui drog.[29]

IV.11. Drogurile și sexualitatea

In spațiul românesc, etnologul Traian Herseni a analizat un ritual arhaic atestat în țara Oltului, o practică magică de fertilizare a cânepii prin act sexual săvârșit chiar acolo, pe răzor. Se considerau următoarele: Cânepa și actul sexual par că se potențează reciproc, relația dintre ele funcționând în ambele sensuri. Recoltarea și prelucrarea cânepii prin fluidele afrodiziace pe care le emană pot induce impulsuri erotice lucrătorilor, iar actul sexual sau mimarea lui poate spori magic creșterea cânepii.[30]

În Evul Mediu european două erau mijoacele de a spori ardoarea sexuală a partenerilor: efectuarea unor ritualuri magice și administrarea unor substanțe afrodisiace. Despre ambele se pot găsi informații mai ales în scrierile celor care condamnau aceste practici precum clericii, episcopii și inchizitorii. În secolul al XI-lea, episcopul Burchard de

[29] Bălăceanu-Stolnici, Tentație, p 263
[30] Oișteanu, op cit, p 302

Worms înfiera femeile care făceau vrăji de dragoste. Penitența propusă de episcopul german pentru ispășirea demonicului păcat era de doi ani de post (numai cu apă și cu pâine), dar pedeapsa creștea la cinci ani pentu femeile care, tot în același scop, „iau sângele menstrelor lor, îl amestecă în hrană sau în băutură și-l dau soțului".[31]

Astăzi cunoaștem suficient despre efectul nociv al alcoolului asupra funcției erectile, despre faptul că alcool dezinhibă dar nu sporește performanța sexuală.

În cazul prafurilor halucinogene precum cazul ayahuasca, antropologul Reichel-Dolmatoff susține că șamanii au descris halucinogenele drept „spermă pură", iar viziunile pe care le determină sunt stări de excitație sexuală și orgasm, implicând adeseori fantezii incestuoase. Pentru majoritatea consumatorilor aboringeni experiența este una cât se poate de pozitivă, iar viziunile erotice sunt transformate într-o comunitate mistică cu epoca mitică și pântecele cosmic.

Tot cu privire la mișcarea hippie din America, Eliade face referire la free love fără nicio urmă de promiscuitate, nudism, libertate orgiastică, astfel încât orice expresie a dragostei, mai alea a dragostei fizice este acceptată cu emoție și perseverență. Eliade declara astfel: *„s-ar putea ca viața sexuală neinhibată, pe care o exaltă tânăra generație de rebeli, să facă parte din procesul inconștient de*

[31] Oișteanu, Andrei (2016), Sexualitate și societate. Istorie, religie și literature, Ed Polirom, Iași, p 295

redescoperire a sacralității Vieții. Este un moment istoric când pentru prima dată în istoria civilizației creștine, sexualitatea neinhibată triumfă pretutindeni și se redescoperă beatitudinea aproape rituală a nudității „.[32]

IV.12. Drogurile și religia[33]

Unii cercetători sunt de părere că originea religiei poate fi găsită în ingerarea de substanțe psihoactive de către omul preistoric. Dacă ceaiul și cafeaua au fost folosite de călugări și călugărițele creștine, islamice și budiste pentru menținerea stării de receptivitate în timpul rugăciunilor și meditațiilor, de-a lungul istoriei spirituale au existat substanțe psihoactive considerate sacre, substanțe halucinogene cu rol însemnat în viața sprituală. Opiul era folosit în Creta, Grecia și Iran. Canabisul în ritualurile arhaice din Orientul Mijlociu și Asia Centrală. *Soma*, o substanță cu efecte halucinogene a fost folosită de preoții din India și Iran, mai târziu identificată cu ciuperca pălăria-șarpelui, iarba tătărască și un amestec de opiu, canabis și Ephedra.[34]

[32] Eliade, Mircea (1993), Jurnal, vol I (1941-1969) ed ingrijită de Mircea Handoca, Humanitas, București, p 598

[33] Traian Herseni, *Forme străvechi de cultură poporană românească. Studiu de paleietnografie a cetelor de feciori din Țara Oltului*, ed. Dacia, Cluj, 1977, p 260-261 în Oișteanu, Andrei (2016), Sexualitate și societate. Istorie, religie și literature, Ed Polirom, Iași, p 80

[34] Rugley, op cit, p. 13

William James vorbește despre diferite tipuri de conștiință și despre depășirea limitelor impuse de cunoașterea fizică:

Conștiința noastră în stare de veghe, conștiința rațională, cum preferăm să-i spunem, nu este decât un anumit tip de conștiință, iar de jur-împrejurul ei, separată de ea printr-un paravan aproape inexistent, se află forme de conștiință potențiale, pe de-a-ntregu diferite. Putem să trecem prin viață fără a le bănui existența: dar, în clipa când apare stimulul adecvat, aceste forme de conștiință se ivesc în toată deplinătatea lor, ca tipuri perfect definite ale conștiinței care au, probabil, propriul domeniu de aplicație și adaptare. Nicio descriere a universului nu poate să pretindă a fi exhaustivă fără a acorda atenția cuvenită acestor forme diferite de conștiință. Problema este tocmai modul cum trebuie să le privim, căci ele se afla la antipodul conștiinței noastre obișnuite. Cu toate acestea, ele pot să determine atitudini, chiar dacă nu pot furniza formule, ele deschid anumite zone, deși nu pot oferi o hartă. Oricum, ele nu ne premit să încheiem prea repede socotelile cu realitatea. Privind retrospectiv propriile experiențe, ele toate converg către un tip de intuiție căruia nu mă pot abține să nu-i atribui o oarecare semnificație metafizică.[35]

[35] Watts, Alan (2017), *Cosmologia voioasă*, trad Marian Stan, Ed Herald, București p. 15-16

IV.13. Concluzii

Oricât s-ar scrie, este imposibil de cuprins toate implicațiile consumului de droguri în istoria omenirii și inclusiv în timpurile noastre. Tratate, cărți, monografii, cercetări, articole s-au scris de-a lungul anilor. Istorici, oameni de știință, medici, etnologi, antropologi, mai nou jurişti şi-au dedicat ani din viața studierii fenomenului consumului de droguri. Despre droguri în diferite părți ale lumii încă se fac studii și cercetări. Cercetările arheologice oferă dovezi de necontestat. Desigur există și multe legende.

Incursiunea în această problematică extrem de vastă luându-se în considerare aspectele istorice, culturale și sociale, are valoare mai ales pentru specialiștii din psihologie, psihoterapie sau medicină care deseori au tendința eronată de a privi cazurile ca având explicații și caracteristici pur individuale. Or, consumul de droguri apare într-un context familial, social, național, geografic și cu multiple semnificații pentru epoca respectivă. Ignorarea acestor aspecte reprezintă o greșeală inclusiv în abordarea terapeutică. În antichitate, drogurile nu se foloseau în scop hedonist, pentru a provoca plăcere. Ele erau folosite în scopuri magico-ritualo-religioase. Astăzi, există mișcări care încurajează consumul mai ales pentru valențele de ordin spiritual. Totodată, statul duce un război cu marii traficanți de droguri de mare risc la nivel internațional.

Veniturile realizate din comercializarea drogurilor depășesc produsul intern brut al Romaniei. Alte state au legalizat droguri considerate ușoare, pe când unele state susțin rolul lor medical. Aceste aspecte nu au fost tratate aici.

Despre droguri în cultura română a fost publicată recent cartea profesorului Andrei Oișteanu.

Cum noile tipuri de culturi influențează consumul de droguri și cum noile tipuri de droguri influențează cultura rămâne iarăși un subiect extrem de vast și de interesant de investigat. Folosirea tehnologiei și social media influențează inițierea, menținea și consumul mai ales în rândul tinerilor, fapt ce va fi discutat în paginile următoare.

V. Populația tânără și consumul de substanțe psihoactive. Efecte pe termen scurt asupra sănătății bio-psiho-sociale

Nu înțeleg ce se întâmplă acum cu ea.
Când era mică, era un îngeraș.
Acum, parcă a înnebunit,
mărturisește, disperată o mamă care trebuie să facă față conduitelor de opoziție ale fiicei ei în vârstă de 14 ani (Criza adolescenței, Clergent).

V.1. Introducere

Pe măsură ce copiii trec de la adolescență la vârsta adultă, ei se confruntă cu schimbări fizice, emoționale și cu stiluri de viață diferite. Tranzițiile de dezvoltare, cum ar fi pubertatea și creșterea independenței, au fost asociate cu consumul de alcool. Deci, într-un sens, a fi un adolescent poate fi un factor cheie de risc nu numai pentru a începe

să consumi alcool, ci și pentru a-l consuma într-un mod periculos.[1]

Rata consumului de alcool în rândul studenților și al altor adulți tineri este de asemenea ridicată. În ultimii ani, în unele țări s-a constatat o descreștere a consumului, însă totuși rata consumului rămâne îngrijorătoare. Studenții, un alt grup vulnerabil, sunt adesea supuși unor tranziții de roluri – cum ar fi îndepărtarea pentru prima dată de familie, locuirea cu alți studenți și experiența redusă a supravegherii adulților – care pot crește riscul consumului de alcool și a abuzului. De asemenea, studenții locuiesc frecvent în medii fizice și sociale diferite și se confruntă cu noi factori sociali și instituționali (de exemplu, petreceri, weekend-uri la fotbal) care pot favoriza consumul de alcool în exces.[2]

Adolescenții consumă alcool într-o varietate de contexte, inclusiv în propriile case, casele prietenilor sau cunoscuților, în baruri sau restaurante, locuri în aer liber (de exemplu, parcuri, plaje, stadioane sportive, străzi necunoscute), la școală sau la locul de muncă, precum și atunci când se plimbă cu autoturismele. Pe baza unui eșantion de

[1] U.S. Department of Health & Human Services National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Underage drinking, Why Do Adolescents Drink, What Are the Risks, and How Can Underage Drinking Be Prevented?, Alcohol Alert, 2006, nr 67.

[2] Michael Windle, Alcohol Use Among Adolescents and Young Adults, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-1/79-86.htm

1.914 de tineri de liceu, Lee şi colegii în 1997[3] au raportat că cele mai des întâlnite trei locuri pentru consumul de alcool au fost în casa unei alte persoane, într-un mediu în aer liber şi într-o maşină. Consumul de băuturi în aer liber şi într-o maşină au fost atât predictori semnificativi ai conducerii afectate sub influenţa alcoolului (adică auto-raportarea conducerii după consumul de alcool suficient pentru a afecta conducerea), chiar şi în cazul controlului statistic pentru mai multe alte variabile predictor, cum ar fi sexul, venitul, ocaziile de băut în ultimele 30 de zile şi numeroase episoade de băutură în ultimele două săptămâni. Consumul într-o maşină (inclusiv consumul de către şoferi) a fost asociat cu o probabilitate de conducere de 2,5 ori mai mare, iar consumul în aer liber a fost asociat cu o probabilitate de 1,5 ori mai mare.

[3] Lee, J.A.; Jones–Webb, R.; Short, B.J.; and Wagenaar, A.C. Drinking location and risk of alcohol–impaired driving among high school seniors. Addictive Behaviors 22:387–393, 1997.

V.2. Date privind consumul în rândul adolescenților în România, Europa și în alte state

Atunci când s-au utilizat date din studiul Global Burden of Disease (OMS) privind afectarea vieții (DALYs) pentru tinerii cu vârsta cuprinsă între 10-24 ani, principalii factori de risc au fost alcoolul (7% din DALYs), sexul neprotejat (4%), deficitul de fier (3%), lipsa contracepției (2%) și consumul ilicit de droguri (2%).[4] Contribuția altor factori de risc pentru sănătatea tinerilor, cum ar fi consumul de tutun, activitatea fizică scăzută și excesul de greutate / obezitatea au apărut doar la jumătatea perioadei din vârsta adultă. Aceste constatări sugerează că strategiile de sănătate publică ar trebui să se concentreze asupra sănătății copiilor și adolescenților și că ar trebui acordată prioritate consumului de alcool în adolescență.[5]

Proiectul *European School Survey Alcohol and other Drugs* (E.S.P.A.D.),[6] privind **alcoolul** și alte

[4] Gore FM, Bloem PJN, Patton GC. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis, Lancet, 2011, vol. 377 (pg. 2093-102)

[5] Marshall, Jane (2014), Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences, Alcohol and Alcoholism, Volume 49, Issue 2, 1 March, Pages 160–164

[6] http://www.espad.org/sites/espad.org/files/FULLREPORT-Supplement-to-The-2011-ESPAD-Report-WEB.pdf

droguri, publicat în 2013, a fost realizat în 37 de țări, iar datele sunt disponibile pentru 36 de țări. Grupul țintă a fost elevii născuți în 1995, iar vârsta medie la momentul colectării datelor a fost de 15,8 ani. În toate țările E.S.P.A.D., cu excepția Islandei,

79% dintre elevi au consumat alcool cel puțin o dată în ultimele 12 luni și 57% au consumat alcool în ultimele 30 de zile. Cifrele erau similare pentru băieți și fete. Consumul mediu estimat în cea mai recentă zi de consum a fost cu o treime mai mare pentru băieții care au fost mai predispuși să consume bere. Băuturile spirtoase au fost cea mai frecventă băutură pentru fete din peste jumătate din țări. Rata consumului de alcool episodic, definită ca cinci sau mai multe băuturi cu aceeași ocazie în ultimele 30 de zile, a fost de 43% pentru băieți și de 38% pentru fete. În 22 de țări, mai mulți băieți decât fete au raportat consumul episodic de băuturi.[7]

În Germania, în ceea ce privește consumul de **canabis**, analizele a 10 studii naționale și unul regional din perioada 2002-2012, care includeau tineri cu vârste cuprinse între 11 și 25 de ani, a evidențiat că șomerii și studenții cu un nivel scăzut de educație („Hauptschule") au fost identificați ca grupuri cu risc ridicat. Rezultatele referitoare la **jocurile de noroc** problematice se suprapun semnificativ și reflectă concluziile cercetărilor internaționale: băieții, cei cu un nivel scăzut de educație, șomerii, beneficiind de asistență socială și având un background migrațional au risc crescut semnificativ

[7] http://www.espad.org/

pentru obiceiuri problematice de jocuri de noroc. Cele mai mari rate ale prevalenței pe durata vieții pentru consumul de droguri ilegale (altele decât cannabisul) au fost observate în rândul studenților cu nivel scăzut de educație.[8] Același studiu a analizat consumul de alcool în rândul imigranților, iar constatarea consistentă a fost că, în rândul adolescenților și adulților tineri migrați de origine turco-asiatică, utilizarea problematică a alcoolului a fost semnificativ mai puțin comună comparativ cu adolescenții și tinerii adulți de aceeași vârstă din Germania. Cu alte cuvinte, **cultura influențează consumul de alcool.**

Canabisul rămâne cel mai consumat drog de către tinerii în Australia și Europa. Unul din șase adolescenți (14.8%) cu vârste cuprinse între 12 și 7 ani, au încercat canabis în 2013 conform National Drug Strategy Household Survey.[9]

Un raport național *Australian secondary school students use of tobacco, alcohol and over-thecounter and illicit substances* (2011), cu răspunsuri primite de la 25.000 de elevi de gimnaziu relata că doar 3% dintre adolescenți au încercat amfetamine,

3% au încercat ecstasy, 1/6 au inhalat cu intenție petrol sau solvenți, 1.9% dintre cei cei care au consumat cocaină au folosit o singură dată sau de două ori, 1.5% au consumat heroină. Aproximativ

[8] Henkel D, Zemlin U. Social Inequality and Substance Use and Problematic Gambling Among Adolescents and Young Adults: A Review of Epidemiological Surveys in Germany Curr Drug Abuse Rev. 2016;9(1):26-48.

[9] https://www.aihw.gov.au

trei din patru studenți au încercat alcool la un moment dat în viața lor, 51% consumând alcool în cele 12 luni anterioare sondajului. Mai puțin de o cincime (17%) a consumat alcool în ultimele 7 zile anterioare sondajului, 8% dintre cei în vârstă de 13 ani și 37% dintre cei în vârstă de 17 ani. Aproximativ 19% dintre adolescenții de 17 ani au consumat mai mult de patru băuturi pe parcursul cel puțin uneia dintre cele 7 zile precedente. Proporția studenților consumatori în 2011 a fost mai mică decât cea înregistrată în anchetele din 2008 și 2005.[10]

Studiul privind Consumul de Alcool și Droguri din anul școlar 2011 al Studenților Australieni a identificat că dintre studenții care au consumat în ultima săptămână (17,5%), mai mult de o treime (36,2%) au băut la niveluri dăunătoare pentru efecte negative ocazionate de consumul de alcool cu o singură ocazie.

În România, o analiză comparativă 2004–2007–2010 realizată de Agenția Națională Antidrog, a indicat faptul că prevalența consumului de droguri de-a lungul vieții continuă să fie concentrată pe droguri recreaționale (canabis, ecstasy) care sunt consumate cu predilecție de persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 34 ani.

Cu privire la studiu ESPAD publicat în 2015, elevii din România au raportat o utilizare similară cu media ESPAD la șase din cele opt variabile-cheie

[10] White V, Bariola E. (2012), Australian secondary school students' Use of tobacco, alcohol and over-the-counter and illicit substances in 2011 Centre for Behavioural Research in Cancer. The Cancer Council Victoria

studiate. Singura măsură care a fost semnificativ mai mare în studiul românesc a fost consumul de ţigări în ultimele 30 de zile. Acest lucru a fost raportat de 30% dintre studenţii români, comparativ cu media totală de 21%, alcoolul în cazul românilor 47%, iar media europeană de 48%, episoade de alcool grav un procent egal de 35%. Pe de altă parte, consumul de canabis de-a lungul vieţii a fost doar jumătate la fel de frecvent în rândul studenţilor români (8% faţă de 16%). În plus, utilizarea non-prescrisă a tranchilizantelor sau sedativelor şi utilizarea pe durata de viaţă a inhalanţilor a fost mai mică decât media ESPAD, în timp ce restul de patru variabile au fost mai mult sau mai puţin în concordanţă cu media pentru toate ţările. În concluzie, cu excepţia utilizării ţigărilor, studenţii români au avut tendinţa de a raporta niveluri mai scăzute sau similare de utilizare a substanţelor în comparaţie cu ţara medie ESPAD.[11] Tot cu privire la studiu ESPAD, în cazul României o mare parte din elevi (11%) nu au primit permisiunea părinţilor lor să participe sau ei înşişi au refuzat.

[11] http://www.espad.org/country/romania

V.3. Studii despre adolescență

Adolescența începe la nivelul biologic
și se termină la nivelul cultural
(Conger și Peterson, 1984)

Perioadele dezvoltării umane au fost studiate de oamenii de știință de-a lungul anilor (medici, pediatrii, filosofi – Jean-Jacques Rousseau) și mai ales de către psihologii dedicați psihologiei copilăriei (Sigmund Freud, Anna Freud, Piaget, Kohlberg, Erikson, Bowlby Chomsky, Vygotsky), etape ce trebuie să fie înțelese cu toate variațiile și diferențele individuale. Perioada prenatală se întinde de la concepție la naștere și este una din etapele de dezvoltare majoră a individului, în care se formează structura de bază a organismului fiind caracterizată printr-o mare vulnerabilitate, în special în primele trei luni de dezvoltare prenatală.[12]

Copilăria mare (6 – 14 ani), corespunde școlii primare, când se dezvoltă abilitățile cognitiv intelectuale, autocontrolul este în evoluție majoră, crește sociabilitatea și socializarea – procesul de cunoaștere a normelor, regulilor îi vor permite acescopilului integrarea în comunitate. Este un prim contact cu regulile și valorile sociale.

[12] Dincă, M., Psihologia copilului și adolescentului, Universitatea Titu Maiorescu, curs, pagina 12-14

Adolescența (14 – 20 ani). La această vârstă modificările fizice majore se asociază cu debutul formării indentității, separarea de părinți și cu schimbări cognitive majore (gândirea este formată, ca urmare se lucrează cu noțiuni abstracte și astfel se poate opera în sfera morală).

Adultul tânăr (20 – 40 ani). Caracteristicile specifice vârstei sunt dezvoltarea personală, integrarea profesională, formarea relației de cuplu și apariția copiilor.

Adolescența cuprinsă între 14 și 20 de ani se caracterizează prin foarte multe schimbări, una dintre cea mai complexă etapă de dezvoltare considerată a doua naștere de J.J. Rousseau. Astfel are loc:

Un avans cognitiv remarcabil, atingându-se chiar vârfurile cele mai înalte în manifestarea unora dintre capacitățile de cunoaștere;

Depășirea identificării cu părinții, ieșirea de sub tutela familiei și a școlii și integrarea în viața socială a societății;

Intensificarea conștiinței de sine și a căutării asidue a identității de sine (Erickson), a unicității și originalității;

Apariția conștiinței de apar tenență la o generație;

Construirea unor noi componente ale personalității și dezvoltarea lor într-o structură unitară care mediază adaptările eficiente la toate tipurile de situații;

Parcurgerea unei faze decisive în cucerirea independenței și autonomiei, după o perioadă foarte tensionată.[13]

Psihologul american, Stanley Hall, publică în anul 1904 cea mai însemnată lucrare dedicată adolescenței, carte cu titlul: *Adolescența. Psihologia sa și relațiile sale cu psihiatria, antropologia, sociologia, sexologia, crima, religia și educația.*

Stanley Hall a dat o explicație conflictelor și evoluțiilor comportamentale considerând adolescența ca o perioadă care presupune o „recapitulare" a evoluției umane de la starea precivilizată la cea civilizată și o numește metaforic „furtună și stres".[14] Margaret Mead a demonstrat prin studii de antropologie importanța cerințelor sociale în dezvoltarea umană. Astfel, în culturile în care impunerile sociale au o evoluție lentă, în care participarea copiilor la viața comunității este foarte puțin restrictivă trecerea de la copilărie la adolescență se face fără conflicte. În culturile civilizate, participarea copiilor la viața comunității este relativ restrictivă (vezi serbarea copiilor, locuri de joacă pentru copii, etc.). Ca urmare copilăria se poate considera o „zonă izolată de cerințele sociale", care se sfârșește relativ brusc. În jur de 18 ani adolescentul trebuie să răspundă corect unor cerințe și așteptări

[13] Crețu, Tinca (2009), Psihologia vârstei, ediția a III-a revizuită și adăugită, Ed. Polirom, Iași, p. 270

[14] Hall, G. Stanley (Granville Stanley), (1904), Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education, New York: D. Appleton and Company

ale societății, mai mult sau mai puțin cunoscute anterior. Urmarea este nu rareori declanșarea unor trăiri traumatizante și conflictuale. Conform lui Steiner & Lerner, 2004, pe parcursul ultimului secol se conturează trei etape principale în evoluția cercetărilor despre adolescență:

1) Primele 6-7 decenii ale secolului al XX-lea sunt marcate de dezvoltarea marilor modele teoretice ale adolescenței (Freud, Erikson, Hall). În această perioadă au fost realizate studii descriptive despre toate fațetele dezvoltării adolescentului: ritmurile dezvoltării, adaptarea, relațiile cu egalii și părinții;

2) Perioada care debutează cu anii '70 și până în prezent este marcată de preocupările de testare a ipotezelor și verificare a teoriilor anterioare prin cercetări empirice. În acești ani, interesul s-a concentrat mai ales asupra găsirii unor explicații coerente pentru plasticitatea și diversitatea dezvoltării, precum și aplicarea cunoștințelor teoretice în rezolvarea unor probleme practice acute;

3) În prezent, cercetarea adolescenței este considerată un capitol important al științei dezvoltării, iar principalul său rol este acela de a veni în sprijinul practicienilor din domenii diverse, al dezvoltării de politici sociale sau educaționale astfel încât să ofere sprijinul necesar pentru asigurarea unui curs pozitiv al dezvoltării individuale și al societății în ansamblu.

V.4. Dezvoltarea psihică

Dezvoltarea psihică are la bază încorporări și constituiri de conduite și atitudini noi ca formare de instrumente de adaptare din ce în ce mai complexe și ca formare de modalități de satisfacere de trebuințe și formare de noi trebuințe și mijloace de a le satisface. Dezvoltarea psihică implică modificarea echilibrului între asimilarea realității și acomodare la condițiile subiective și circumstanțiale concrete ale vieții (U. Șchiopu). În opinia psihologului clinician, Ruxandra Rășcanu, adolescenții „par lipsiți de resursele necesare pentru a face față exigențelor vieții cotidiene, sunt instabili în ceea ce privește sentimentele, sunt în dezacord cu societatea și autoritățile". Mulți dintre ei acuză stări depresive, de anxietate, dar nu este sigur dacă acestea sunt cauzele sau consecințele dependenței de drog.[15]

[15] Rășcanu R (2004). *Alcool și droguri: «virtuți» și capcane pentru tineri*, București, Editura Universității din București

V.5. De ce tinerii consumă droguri? De ce tinerii reprezintă o categorie vulnerabilă?

În mare parte tinerii consumă droguri pentru motive asemănătoare adulţilor. Pentru a-şi modifica emoţiile pe care le simt, pentru că doresc să se simtă altfel sau să se simtă mai bine. Vor să socializeze cu prietenii, simt o presiune din partea anturajului sau doresc să aparţină grupului, să facă parte din grup, să devină lideri. Vor să se relaxeze şi să se distreze. Sunt plictisiţi. Sunt curioşi, vor să experimenteze sau vor să-şi asume riscuri, să scape de dureri fiziologice sau psihologice, de suferinţa inexplicată. Motivele sunt regăsite la tinerii din diferite zone geografice ale lumii, cu mici diferenţe inclusiv în funcţie de tipul de drog consumat.

În studiul calitativ din Sibiu, au existat diferenţe între răspunsurilor elevilor de clasa a VIII-a şi cele ale elevilor de clasa a XI-a cu privire la motivele consumului de alcool sau droguri. Bunăoară dacă la 14 ani elevii au declarat cele mai dese motive ca fiind dorinţa de a te relaxa, de a te simţi bine, curiozitatea, presiunea grupului, de a te simţi integrat, la 17 ani, apar alte motive şi anume: probleme individuale, probleme de familie şi influenţa negativă a familiei, copiii cu risc fiind cei care sunt trişti, supăraţi, depresivi şi vor să scape de realitate.

V.5.a. Explicații psihanalitice

Într-o perspectivă psihanalitică, extrem de criticată astăzi, plăcerea de a fuma, ca aceea de a consuma alcool, este ecoul unei reactivări a pulsiunilor orale. Țigara evocă primele plăceri ale sugarului și primele tipuri de schimburi centrate pe sânul matern sau pe biberon. Fumul cald ajunge în bronhii, așa cum laptele cald ajunge în stomac. Fixarea pe pulsiuni orale, puțin amenințătoare la adolescență, este și un mijloc de compensare a reactivării altor tipuri de pulsiuni, în special de agresivitate și sexuale.[16] În acest sens, în nenumărate răspunsuri la întrebarea „de ce fumezi?" sau „ce simți când fumezi", tinerii, printre principalele răspunsuri afirmă „fumatul mă calmează", „fumez când sunt nervos", „dacă am nervi, mă liniștește". Tot psihanaliza modernă consideră că sunt implicați doi factori de vulnerabilitate: avatarurile constituirii unui **atașament nesigur** în copilărie (în special prin evaluarea angoasei de separare) și mai ales fenomenul de vulnerabilizare depresivă care permite evidențierea existenței urmelor experiențelor depresive trecute fără a se putea obiectiva o depresie actuală.[17]

---

[16] Clerget. Stephane (2012), Criza adolescenței. Căi de a o depăși cu succes, trad. de Corina Cojocaru, Ed. Trei, p 111

[17] Marcelli, Daniel, Braconnier, Alain (2006), Tratat de psihopatologia adolescenței, Editura Fundației Generația, traducere din limba franceză Andrei Constantinescu, Larisa Damian, Magda Ionescu, Sonia Pătrașcu, p 453

Utilizarea cu risc este o noțiune complexă, neunivocă, variază în funcție de substanță și de caracteristicile consumatorului însuși. Spre exemplu, prima țigară poate fi considerată deja un consum de risc, deoarece cancerul de plămân se exprimă printr-un risc cumulativ, prima țigară contând în aceeași măsură ca și ultima. Reprezintă o etapă indispensabilă atât în evaluarea strategiilor de prevenire cât și în atitudinile de terapie ale consumatorilor. Prin riscul asupra sănătății fizice și psihice, consumul cu risc trebuie să atragă atenția specialistului în sănătatea publică (medic, psiholog, consilier școlar).

Adolescentul, în viziune psihanalitică, încearcă să instituie un proces prin care să se substituie unei relații afective, trăită ca o potențială amenințare pentru autonomia sa, o relație de posedare a unui „obiect" (în sens psihanalitic) care să preia o funcție de substituire pentru această relație afectivă intolerabilă. Pe de altă parte, adolescentul se găsește într-o nouă relație de dependență ce se hrănește prin nesatisfacerea adevăratei sale nevoi afective, intrând astfel într-un cerc vicios ce se autoîntreține.[18]

Agitația, impetuozitatea este o altă caracteristică a adolescenților care le creează o stare de vulnerabilitate. Cei caracterizați de tumultuozitate sunt mai predispuși să consume decât celelalte categorii. De aceea prezintă dificultăți în amânarea satisfacerii unor impulsuri, în controlul acestor impulsuri, ceea ce îi determină să acționeze rapid și impulsiv. Psihiatrul pentru copii, Clerget, cu privire

[18] Marcelli, op. cit., p. 457

la capacitatea de a amâna satisfacerea unei pulsiuni, consideră ca fiind o calitate care se transmite de timpuriu, încă din perioada suptului, prin felul în care mama va răspunde diferitelor aşteptări ale bebeluşului său, sub aspecte precum furnizarea hranei, schimbatul scutecelor, luatul în braţe sau dovezile de tandreţe.[19]

Marcelli identifică **trei căi** distincte ale dependenţei. Prima corespunde tipic tinerilor adolescenţi, la nivel de colegiu, consumatori episodici dar excesivi de alcool, droguri sau chiar de alimente dulci sau excitanţi. Aceste conduite nu rezultă în excluderea lor din grupul de colegi. În cazul lor, părinţii nu acordă o atenţie specială dependenţei, care totuşi există deja, sau sunt preocupaţi de alte dificultăţi, în special de o scădere a rezultatelor şcolare.

A doua categorie este a anilor de liceu când dependenţa este deja manifestată şi se traduce printr-o hiperinvestire a unei întregii serii de comportamente marcate de caracterul lor repetitiv şi aparent fără posibilitate de abţinere. Relaţionarea cu adolescenţii de acest tip este dificilă deoarece ei sunt fie opozanţi, fie chiar violenţi, atunci când se ia în discuţie comportamentul lor. Viaţa lor se schimbă şi se centrează doar pe exercitarea acestui comportament şi ei se întâlnesc doar cu prieteni cu aceleaşi preocupări. Relaţiile cu părinţii lor sunt pe punctul unei rupturi fie din partea unora, fie din partea altora.

---

[19] Clerget, op. citp, p 131

În final, a treia categorie este complet diferită. Ea corespunde adolescenților de o vârstă mai înaintată care s-au angajat într-o marginalitate în care ponderea dependenței psihice este masivă și cotidiană. Aceștia nu se mai întâlnesc decât cu tinerii înscriși pe aceiași traiectorie ca ei. Părinții lor sunt depășiți de ceea ce se petrece, se simt realemente neputincioși, adolescenții ajungând aici fie după ce au traversat toate etapele, fie doar după una din etapele anterioare.[20] La cabinetul psihologic ajung într-un stadiu de disperare, când afectarea vieții este gravă și deseori psihoterapia nu funcționează tocmai datorită instabilității deciziilor de a frecventa ședințele de terapie și a numeroaselor influențe exterioare. De aceea, ca psiholog, recomand părinților și adolescenților să apeleze cu mult timp înainte de această fază, de la primele semne de îngrijorare.

V.5.b. CĂUTĂRI, ÎNTREBĂRI, ANGOASE

Michael, 16 ani, care urmează o terapie pentru stări de beție frecvente, îmi declară următoarele la un moment dat: când mă îmbăt, nu-mi mai pun întrebări. Nu mă mai chinuie nimic. Viața mi se pare mult mai simplă.[21]

Un alt adolescent declara: *când beau mult, am încredere în mine.* Starea de beție este căutată cu scopul de a nu mai fi conștienți de nimic, de a uita și de a nu mai avea nicio senzație.

---

[20] Marcelli, op cit.p 454-455

[21] Idem, p. 112

V.5.c. FUMAT, ALCOOL ŞI ALTE DROGURI

Dacă majoritatea fumătorilor ocazionali se limitează doar la fumat, în cazul tinerilor există o legătură directă între fumat şi alcool. Cu alte cuvinte, numărul celor care fumează şi consumă alcool este mai mare decât al celor care doar consumă alcool şi sunt nefumători. Potrivit unor estimări, unu din doi adolescenţi fumători a consumat cel puţin o dată alcool, comparativ cu unul din şapte adolescenţi nefumători consumatori de alcool.[22]

Totodată, tinerii care consumă tutun mai mult sunt şi cei care au încercat cel puţin un drog ilicit.

V.5.d. DE LA COPILĂRIE LA ADOLESCENŢĂ – UN DRUM INIŢIATIC

Într-o oarecare măsură, pentru tineri, consumul unor substanţe poate avea valoare iniţiatică. De exemplu, prima ţigară este principalul ritual exprimând voinţa de a ieşi din copilărie.[23] Primul acces de beţie are o valoare iniţiatică. Tinerii francezi nu beau vin la fiecare masă, asemenea taţilor şi bunicilor lor, ci preferă berea şi băuturile alcoolice tari consumate în mod neregulat sau în weekend. În Franţa, aproximativ 80% dintre tinerii cu vârste cuprinse între 12 şi 19 ani au consumat deja

[22] Ibidem
[23] Clerget. Stephane, *op cit*, p.110

alcool, iar aproape 25% dintre aceştia o fac o dată pe săptămână.[24]

Fetele preferă mai ales băuturile tari, la 18 ani, două treimi din adolescenţi, indiferent de sex, s-au îmbătat, vârsta medie fiind 15 ani şi jumătate. La adolescenţii dependenţi de alcool primul consum a avut loc în medie în jurul vârstei de 10-12 ani, însă din păcate, în ceea ce priveşte situaţia Franţei, vârsta debutului scade ajungându-se până la 7 sau 8 ani. Astfel, 7% dintre copiii sub 10 ani au consumat alcool, frecvenţa consumului în rândul copiilor creşte mai ales în mediile defavorizate.[25]

Precocitatea consumului reprezintă unul din factorii de risc cei mai semnificativi şi mai puternici în termeni de predicţie a unui viitor consum abuziv sau de dependenţă. Câteva date susţin acest adevăr, după cum urmează:

Printre cei care au început să consume alcool în mod regulat la 11-12 ani: 13.5% prezintă un consum abuziv, iar 15.9% răspund criteriilor de dependenţă;

Printre cei care au început să consume alcool în mod regulat la 13-14 ani, 9% răspund criteriilor de dependenţă;

Dintre cei care au început să consume alcool în mod regulat la 19 ani sau mai mult, se regăsesc respectiv 10 ani mai târziu, 2% consumatori abuzivi.[26]

Spre deosebire de depresie ca diagnostic clinic, stările de deprimare din adolescenţă cu caracter

[24] Clerget, *op cit.* p 112.
[25] Ibidem
[26] Marcelli, op. cit.p 459

tranzitoriu pot fi momente de debut pentru consumul de substanțe. Eșecurile sentimentale mai mult decât eșecurile școlare, defavorizarea socială, economică sau divorțul părinților influențează dispozițiile adolescenților. Bucuriile copilăriei au trecut, satisfacția părinților nu mai produce aceleași efecte pozitive. Deseori apar sentimente de vid, plictiseală, tristețe, confuzie, stări de nervozitate și iritabilitate, revoltă și angoasă care pot stimula consumul de substanțe. Tot ceea ce agravează aceste stări, determină un risc și mai crescut al toxicomaniei. Mediul influențează puternic din exterior mai cu seamă că adolescența reprezintă o perioadă de nefinalizare a organizării interne. De aceea adolescentul rămâne sensibil, receptiv și influențabil la orice stimul exterior. Stările de depresie pot fi comparate cu niște furtuni de vară. Dacă adolescentul apelează la droguri pentru a depăși aceste momente, se poate instala fie depresia, fie dependența de substanțe. O bună parte dintre adolescenți nu au dobândit încă abilități de gestionare a propriilor trăiri deprimante, refuză ajutorul adulților sau ajutorul specializat și nu dețin nici abilități de refuz al consumului, sau de a face față situațiilor cu risc crescut. La vârsta imaturității un abuz de droguri va conduce la dependență și astfel la afectarea unor mecanisme mentale necesare funcționării psihice normale. Instalarea dependenței are deci cauze de natură neurobiologică, existând modificări structurale sau funcționale pe care drogurile le exercită asupra rețelelor

neuronale care datorită plasticității lor își schimbă configurația și modul de operare.[27]

La adolescență problema normalului și patologicului este mai acută decât în orice altă etapă de vârstă prin multitudinea conduitelor deviante, labilitatea lor, dificultatea de a atinge organizarea structurală subiacentă, estomparea cadrului nosografic obișnuit, rolul, imposibil de neglijat al familiei și al mediului social.[28]

Recomandările în ceea ce privește consumul de alcool la adulți nu se potrivesc copiilor și tinerilor. Scopul studiului condus de Newbury-Birch de la Institutul de Sănătate și Societate, Universitatea Newcastle a fost de a realiza o revizuire sistematică a literaturii publicate și de a rezuma dovezile privind efectele negative, daunele și beneficiile, dacă există, ale consumului de alcool pentru copii și tineri.

După o căutare sistematică a studiilor publicate, cercetătorii au identificat 162 de studii eligibile care cuprindeau copii și tineri cu vârste cuprinse între 5 și 25 de ani. În funcție de calitatea metodologică și concluziile cu privire la impactul consumului de alcool la copii și tineri au fost luate în analiza finală 102 de studii, celelalte care nu au fost incluse în analiză au constat în recenzii mai vechi și/sau cele cu o calitate metodologică mai slabă.

---

[27] Bălăceanu-Stolnici, C., Papari, C.A., Papari, A., Cozaru G.C., Iomandescu I.B. (2012), Tentație și dependență, Ed. Fundației „Andrei-Șaguna", Constanța, p. 333

[28] Marcelli, Daniel, Braconnier, Alain, op. cit, p 78

V.5.e. Factori protectivi care inhibă abuzul de alcool la copii şi tineri

Rezultatele sugerează că ar fi important să se ia în considerare efectul valorilor părinteşti în lumina interacţiunii dintre adolescent şi părinte. Copiii ai căror părinţi oferă mai puţină monitorizare şi supraveghere prezintă un risc mai mare pentru implicarea timpurie în comportamente sexuale, inclusiv în relaţiile sexuale.

Factorii protectivi sunt foarte importanţi deoarece pot ameliora factorii de risc. Conform aceleiaşi cercetări condusă de Newbury-Birch care a inclus 162 de studii eligibile s-au identificat următorii factori de protecţie:

1) locul primei băuturi a unei persoane tinere poate fi important pentru viitorul consumator de alcool. Cu alte cuvinte, copiii care folosesc mai întâi alcoolul într-un mediu de origine şi care învaţă despre efectele acestuia de la părinţi sunt mai puţin predispuşi să devină consumatori de alcool decât cei care încep să bea în afara acestui mediu de acasă şi cu colegii;

2) întârzierea timpului pentru prima băutură a unei persoane tinere poate reduce riscul dăunător de a consuma alcool;

3) existenţa unor adulţi care păstrează relaţii pozitive sănătoase cu o persoană tânără, prin niveluri adecvate de sprijin şi control;

4) utilizarea controlată a alcoolului nu este în sine predictivă pentru rezultatele negative;

5) afilierea religioasă, în special participarea la serviciile religioase, poate avea un caracter protectiv împotriva consumului de alcool;

6) Factorii cheie care par să atenueze efectele adverse ale consumului de alcool la copii și tineri includ orientare parentală informată și susținută despre alcool și o întârziere a vârstei de inițiere în consum.

Factorii de protecție întâresc rezistența persoanelor supuse situațiilor de risc, acționând ca elemente de protecție față de potențialele răspunsuri problematice. Conform lui Brook și colaboratorii săi există mecanisme care pot contribui la reducerea influenței factorilor de risc. De exemplu, o legătură afectivă între părinți și copii, unele caracteristici materne protectoare sau armonia între părinți potențează efectul altor factori de protecție, cum ar fi o atitudine pronormativă a adolescentului.

V.5.f. Riscurile asociate cu abuzul de alcool la copii și tineri

Pe termen lung și cu privire la riscul dependenței s-au elaborat o serie de studii în ultimii 50-60 de ani deși rămâne întrebarea cum se poate evalua un risc? Începerea consumului regulat de alcool la vârste între 11 și 14 ani poate fi considerată consum cu risc, chiar dacă rămân moderate cantitățile

și nu se observă încă nici o daună aparentă pentru sănătate.[29]

Inițierea precoce a comportamentului de asumare a riscului de către tineri are adesea un impact mai mare asupra sănătății decât pentru cei care inițiază același comportament într-o etapă ulterioară. Acest tipar este observat în mod clar pentru alcool, în cazul în care consumul de alcool la adolescenți crește riscul de deteriorare al creierul și de a dezvolta, de asemenea, tulburări de alcool.[30]

McCambridge și colab. au efectuat prima revizuire sistematică a studiilor privind datele despre consumul inițial de alcool la adolescenți cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani. Revizuirea a inclus 54 de studii. Aproape jumătate din aceste studii (n = 26) provin din SUA, restul din Suedia, Marea Britanie, Noua Zeelandă, Australia, Finlanda și Olanda. Concluzia principală a fost că, consumul de alcool în rândul adolescenților a persistat până la maturitate și a fost asociat cu probleme legate de alcool, inclusiv dependență.[31]

Adolescenții de sex masculin, care trăiesc în case cu un singur părinte, în situații sociale dezavantajate și au prieteni care consumă alcool și droguri au un risc mai mare pentru fumat, consum de

---

[29] Idem, p. 459

[30] NHS Health Scotland, 2014,Alcohol screening and brief interventions for young people

[31] McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. (2011), Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies, PLoS Med, vol. 8 pg. e1000413

droguri și inițierea unui contact sexual în primii ani ai adolescenței.[32] Dovezile sugerează că există un număr de factori de risc asociați cu abuzul de alcool de către copii și tineri.[33] Acestea includ:

1) o predispoziție genetică (transmitere generațională)

2) abuz fizic și sexual în copilărie, care poate duce la un comportament ulterior de consum

3) expunerea timpurie la consumul de alcool, ceea ce poate crește riscul de probleme de consum în adolescență

4) modele de comportament favorabil consumului de alcool la părinți, bunici și frați

5) istoricul familial al problemelor legate de alcool

6) tulburări de comportament precoce la copii, care pot genera un risc deosebit de mare de probleme cu alcoolul, în special dacă există un istoric familial al problemelor legate de alcool

7) comportamentul antisocial și problemele inter-personale la copiii pre-adolescenți, care pot fi predictive ale tulburărilor de consum

---

[32] DiLorio C, Dudley WN, Soet JE, McCarty F.Sexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: the moderating role of protective factors. J Adolesc Health. 2004 Dec; 35(6):528.e11-20.

[33] Newbury-Birch, Dorothy, Department for Children, Schools and Families (DCSF), corp creator. (2009) Impact of alcohol consumption on young A Review of Reviews, Department for Children, Schools and Families Newcastle University, https://www.education.gov.uk/consultations/downloadableDocs/Review%20of%20existing%20reviews%20(Full).pdf

8) copiii și tinerii care caută senzație sau au tipuri de personalitate impulsivă pot consuma în cantități mari

9) consumul de alcool tare și excesiv de către tineri poate fi un mecanism de combatere a stresului sau anxietății

10) pot exista diferențe de gen între mame și tați în ceea ce privește influența asupra comportamentului fiilor și fiicelor

11) implicarea în jocurile de băut poate duce la un nivel foarte ridicat de consum de alcool

12) mecanisme de protecție față de copii și tineri, cum ar fi critica excesivă a comportamentului lor în ceea ce privește consumul de alcool nu poate fi protectiv, ci dăunător

13) tinerii ar trebui să fie sfătuiți și sprijiniți să se bazeze mai puțin pe alcool pentru a le facilita integrarea socială cu colegii lor și pentru a dezvolta relații constructive cu un alt grup de prieteni.

V.6. Efecte negative ale consumului de alcool și droguri pentru copii și tineri

Trebuie menționat că în funcție de drogul consumat efectele pe termen scurt sunt observate la câteva minute după consum și se pot întinde până la câteva ore. De exemplu, în cazul canabisului, apare euforia și relaxarea, o ușoară senzație de somnolență și tulburări de concentrare, percepția mediului exterior este modificată (culorile, sunetele, timpul),

motricitatea, stări de rău, atact de panică, anxietate.[34] De asemenea, chiar dacă nu există supradoză canabisul afectează memoria.

Heroina este una dintre substanţele cele mai periculoase şi care creează cea mai puternică dependenţă. Conform statisticilor, dintre toţi cei care încearcă pentru prima dată heroina, aproape o persoană din patru devine dependentă, în România, grupa de vârstă cea mai predispusă consumului de heroină fiind 15-24 ani.[35]

În rândul consumatorilor de heroină injectabili, încă de la mijlocul anilor 1980 a apărut infecţia cu HIV ceea ce agravează şi mai mult tabloul persoanei dependente prin suferinţă, complicaţii, schemă de tratament, dar mai ales prin discriminare din partea publicului general, sau chiar a comunităţii din care face parte.[36]

Sindromul de sevraj la morfină şi heroină începe de obicei la 6-8 ore după consumul ultimei doze, atinge intensitatea maximă în cea de-a doua sau a treia zi şi persistă de-a lungul următoarelor 7-8 zile.[37] Sevrajul apare descris în manualul DSM IV prin crampe musculare, dureri de oase, diaree gravă sau acută, tahicardie, hipotermie sau hipertermie, dilatarea pupilelor, febră. Apar şi simptome

[34] Vera, Luis (2011), *Terapia cognitive comportamentală la copii şi adolescenţi*, Ed Polirom, Iaşi, p. 353

[35] https://clinicaaliat.ro/heroina-sau-drumul-scurt-catre-dependenta/

[36] Baciu, Adina, Laslo, Claudia, Guja, Cornelia (2012), Infectia HIV/SIDA – fenomen antropologic, Studii şi cercetări de antropologie, nr 2, 8-13

[37] Răşcanu, op. cit, p. 104

secundare precum insomnie, brahicardie, agitație, iritabilitate, depresie, tremur, greață, vomă, slăbiciune, care vor fi înlăturate imediat după o singură injecție de heroină sau morfină.[38]

Efectele heroinei

În plan biologic, opiaceele determină o diminuare a eficacității sistemului imunologic, prin agresarea macrofagelor și limfocitelor și prin influențarea negativă a deplasării leucocitelor. Consumul abuziv de opiacee antrenează disfuncții vegetative precum depresiunea aparatului respirator care duce la tulburări de oxigenare și chiar deces, în doze mari! Se pot produce brahicardii, hipetensiune arterială, hipotensiune ortostatică, stări de disconfort digestiv, spasme intestinale, scăderea libidoului, fragilitate și impotență (sau atrofie testiculară). Efectele durează câteva ore, timpul de acțiune al heroinei fiind de 4-6 ore, iar al morfinei de 8-10 ore.

În plan psihologic, pentru că drogul acționează asupra receptorilor mu, durerile sunt suprimate și se produce o relaxare extrem de plăcută, o senzație de trăire în ireal, între vis și realitate, dispare anxietatea, apare o senzație de bună dispoziție, o euforie și optimism. Percepțiile devin distorsionate, iar apatia inițială se transformă în stări stuporoase sau comatoase.

În final, în cazuri de supradoză, pupilele trec în midriază, pielea se răcește și devine palidă,

[38] Ibidem

unghiile, buzele şi pielea ajung cianotice, vărsăturile devin intense, respiraţia e dificilă, se produce edem pulmor şi în final stop respirator şi deces. De aceea, în Marea Britanie, dependenţilor de heroină li se recomandă să deţină şi să utilizeze injecţia cu Naltrexonă, care opreşte activitatea opizilor, în caz de supradoză.

Halucinogene

Psihedelicele (ayahuasca, mescalina, psilocibina) sunt cele mai utilizate halucinogene care alterează percepţia lumii reale, trimiţând consumatorul într-o lume fictivă, fantastică. În cazul LSD-ului efectele durează 6-12 ore. În **plan psihologic** au loc modificări de tipul: distorsionarea percepţiilor, obiectele sunt mai intens colorate, sunetele mai impresionante, audiţia este colorată. Timpul şi spaţiul sunt deformate, apare o puternică senzaţie de trăire intensă, a trăirii eului în univers. Mulţi consumatori au senzaţia că au intrat în contact cu transcendentul, cu divinitatea. Dozele mari produc modificări psihice de natură psihotică, de tip schizofrenic, consumatorul pierzând controlul acţiunilor sale. Tulburările psihice încetează după epuizarea efectelor drogului.[39] Efectul negativ al psihozei induse de drog sau criza psihedelică este o călătorie neplăcută care duce la anxietate acută şi efecte fizice, consumatorii se pot răni sau char sinucide accidental (să se arunce de pe clădiri înalte), deoarece ei

[39] Bălăceanu, Stolnic, C. *Tentaţie*. p261

nu gândesc clar în legătură cu mediul în care se află. Flashbackurile sunt frecvente. Totodată un rol periculos în are combinația cu alcool sau sedative, care poate ucide.[40]

În plan **medical**: de la administrare, LSD-ul durează între 30-60 de minute pentru a-și face efectul, ajungând repede în creier. Efectele se întind între 4-6 ore, iar uneori până la 12 ore. Explicația este că ficatul descompune lent LSD-ul. Cel mai adesea consumatorii mestecă sau înghit halucinogenele derivate din plante sau le ingerează sub formă de pastile. Pe măsură ce experiența LSD-ului se declanșează apar senzații de amorțeală, slăbiciune musculară, tremurături, greață, cresc pulsul și tensiunea arterială, pupilele se dilatează. Reacțiile pot include dureri în piept sau chiar dureri testiculare. Toleranța scade rapid astfel că o perioadă de abstinență de o săptămână este de obicei suficientă pentru a restabili sensibilitatea la drog.[41]

[40] Kuhn, Cyntia, Swartzwelder, Scott, Wilson, Wilkie (2014), *Tripat ce trebuie să știi despre droguri? De la alcool la ecstasy*, traducere de Teodora Nicolau, Ed Trei, București, p. 150

[41] Idem p. 158

Cocaina

Cocaina, drog foarte răspândit, este un derivat din planta Erythroxylon coca originară din America de Sud, ale cărei frunze sunt mestecate de indigeni pentru a obține efecte stimulatoare.[42]

Studiile recente au arătat că este consumată și de către studenți pentru a le îmbunătăți performanțele cognitive în timpul pregătirii pentru examene. În doze mari, în cazul intoxicării produce simptome precum agitația, irascibilitatea, impulsivitatea sau comportament sexual potențial periculos. Crack-ul este o cocaină care se fumează, apărută în 1983, importată din Bahamas, când era foarte ierfină.[43]

Începuse să fie vândută la colțuri de stradă, în apropierea școlilor, pretutindeni. I se mai spune basebal, gravel, rock, când este încălzit, scoate un țiut ca și cum ar crăpa (de unde și numele). În câțiva ani, în America, creșterea comerțului cu crack a dus la violențe fără precedent, din partea traficanților, în orașe precum New York, Los Angelos, Detroit sau Miami.[44]

Consumul cronic de cocaină se datorează potențialului extrem de ridicat de creare a dependenței,

---

[42] Răşcanu, Ruxandra (2008), *Dependență și droguri. Aspecte teoretice și clinic ameliorative*, Ed. Universității din București, București, p 99

[43] Țurlea, Stelian (1991), *Bomba drogurilor*, Humanitas, București, p 200

[44] Idem

pe baza efectului de recompensă pozitivă (obținerea efectului), mai puțin celui de condiționare negativă (evitarea simptomelor de abstinență). În timpul perioadelor de abstinență, amintirea experienței cu cocaina sau expunerea la stimuli asociați cu consumul drogului pot declanșa dorința intensă de drog și pot duce recădere în consum. Deci amintirile noastre legate de drog sunt extrem de importante.

Dependența psihologică, definită drept „craving" compulsiv, este asociată cu schimbări biochimice, care se dezvoltă ca rezultat al administrării repetate a drogului) și determină continuarea consumului, în pofida consecințelor nocive. În mod obișnuit, persistă după sindromul fizic de retragere și este factorul major care duce la recădere printre toxicomanii tratați.[45]

Amfetaminele

Amfetaminele *(speed)* și cele asemănătoare lor (Ritalin, Benzedrina, Dexdrina, Methedrina, dextroamfetaminele) fabricate chimic în laborator sunt folosite de o gamă largă de persoane, cu diferite background-uri socio-culturale cu scopul de a-și îmbunătăți performanțele cognitive și sportive, deoarece ele stimulează sistemul nervos central.

[45] Carolina Negrei, Gabriela Popescu, Miriana Stan, Corina Dalia Toderescu, Lucian Mircea Bogdan Dumitru, Daniela Baconi, *Toxicomania – o problemă cu implicații interdisciplinare*, *Practica Farmaceutică*,Vol. 8, Nr. 2 (26), An 2015, 61-67

În cazul intoxicației cu amfetamină sindroamele sunt similare cu cele din intoxicația cu cocaină și inclusiv în ceea ce privește diagnosticul din DSM IV există puține diferențe, fiind prezente tulburările perceptive, anxietatea (frică fără motiv, senzație de urmărire și persecuție), letargia, oboseala, durerile de cap, transpirația abundentă, crampe musculare și la stomac și o senzație acută de foame.[46]

Sunt accelerate bătăile inimii (repede și neregulat), presiunea arterială și temperatura crește, pot apărea ticuri, schimbări de dispoziție, agitație extremă, iar cu toate acestea, consumatorul tinde să-și mărească doza: *la un moment dat ajung să fumeze sau să își injecteze amefetamine timp de mai multe zile consecutiv. Era atât de prins cu asta, încât nici nu se gândea să se hrănească sau să doarmă.*[47]

După folosirea constantă a unor doze mai mari de amfetamină apare depresia care poate fi asociată cu idei suicidare și chiar comportament suicidar. Tot datorită dozelor mari apare delirul. De aceea în cazul amfetaminelor se poate vorbi de tulburări psihotice, de psihoză indusă de substanță, fenoment larg studiat, diferența dintre acest tip de psihoză și schizofrenia paranoidă fiind dată de prezența paranoiei.[48] Tulburarea indusă de substanță are câteva elemente predominante cum ar fi halucinațiie vizuale, anxietatea, hiperactivitatea, hipersexualitatea, confuzia, incoerența și tulburări ale gândirii.

---

[46] Răşcanu, R. *op cit*, p. 86
[47] Idem p 92
[48] Idem p 87

Există multe efecte negative cauzate de consumul de alcool în rândul tinerilor: abuzurile sexuale ca urmare a consumului de alcool, sexul forțat, violul, sexul neprotejat, sarcini nedorite, mahmureala, violențe, vătămări corporale, prezența la unitățile medicale de primiri urgențe, infecțiile cu transmitere sexuală și sexul cu mai mulți parteneri și în unele cazuri mai mult de 50% dintre tineri erau sub influența alcoolului. Cele mai frecvente daune sunt: sexul regretat (12,5%), violența (28,8%) și uitarea lucrurilor (45,3%). În mod specific, femeile tinere sunt expuse riscului și au nevoie de mai multă atenție.

Alte efecte negative regretate, indentificate în studiul din Sibiu (2018) au fost: a) agresivitatea fizică, lovirea persoanelor iubite, implicarea în băiate, inclusiv distrugerea anumitor obiecte și vandalizarea (58 de răspunsuri) și b) agresivitatea verbală, trimirea mesajelor răutăcioase persoanelor cu care s-au certat, spunerea unor lucruri care nu trebuie spuse, înjurăturile, cearturi, adresarea de cuvinte urâte persoanelor dragi, rănirea fără voie a altor o persoană (42 de răspunsuri).

Raportul evidențiază consecințele potențial negative pentru copiii și tinerii care abuzează de alcool.[49] Dovezile sugerează că:

[49] Newbury-Birch, Dorothy, Department for Children, Schools and Families (DCSF), corp creator. (2009) Impact of alcohol consumption on young A Review of Reviews, Department for Children, Schools and Families Newcastle University

1) adolescenţii care abuzează de alcool sunt mai susceptibili de a suferi de reacţii adverse inclusiv modificări ale apetitului, scădere în greutate, eczeme, dureri de cap şi tulburări de somn,

2) cele mai frecvente efecte ale intoxicaţiei cu alcool sunt vărsăturile şi coma

3) tinerii nu sunt imuni la bolile şi afecţiunile cronice asociate consumului excesiv de alcool la adulţi şi decesele cauzate de boala hepatică acum apar la vârste mai tinere

4) adolescenţii şi tinerii care consumă alcool au mai multe şanse de a suferi o vătămare corporală, adesea ca rezultat al unui atac

5) abuzul de alcool în perioada adolescenţei, în timpul unei perioade sensibile din punct de vedere al dezvoltării reprezintă un pericol deosebit pentru facultăţile emergente ale creierului de funcţie executivă şi memorie de lungă durată

6) adolescenţii sunt susceptibili să fie mai vulnerabili decât adulţii la ambele leziuni cerebrale şi deficite cognitive de lungă durată ca urmare a expunerii la alcool

7) alcoolul poate creşte sentimentele de depresie

8) stresul şi anxietatea pe fondul consumului de alcool sunt asociate cu efecte negative severe pe termen lung

9) există o relaţie între consumul de alcool în adolescentă şi problemele de sănătate mintală, de aceea este important ca toţi tinerii cu probleme de alcool să facă o evaluare a sănătăţii mintale

10) consumul de alcool în timpul unei seri poate afecta performanţa copilului la şcoală în ziua

următoare, deoarece este nevoie de timp pentru a metaboliza alcoolul și acest proces variază în funcție de doza de alcool consumată și de capacitatea metabolică diferită

11) dovezile demostrează că există asocieri între consumul de alcool și comportamentul ulterior față de colegi și prieteni. Într-adevăr, consumul excesiv de alcool poate fi în detrimentul unei persoane tinere care poate să-și păstreze prietenia, mai ales dacă nivelurile de consum sunt mai mari decât în rândul grupului de egali în general

12) tinerii de liceu care consumă alcool sunt probabil mult mai tentați să consume canabis decât colegii lor care nu consumă alcool

13) consumul de alcool poate avea un efect negativ pe termen scurt asupra performanței educaționale a tinerilor

14) elevii sunt mai predispuși să-și piardă orele din cauza consumului de alcool

15) consumul de alcool de către tineri, în special studenți, este mult mai probabil să-i facă vulnerabili la a fi victimele unor infracțiuni

16) alcoolul poate determina mai mulți tineri să prezinte un comportament agresiv, deși este probabil ca alți factori, cum ar fi personalitatea și viața de familie, să joace un rol.

V.7. Efecte la nivel neurocerebral. Cum afectează drogurile creierul?

Din motive de etică a cercetării este imposibil să se realizeze studii care să evalueze ce efect are consumul de alcool şi droguri în general asupra omului şi în special asupra copiilor şi tinerilor.

În mod clar, pe baza observaţiilor, consumul de alcool la vârsta copilăriei are un efect mai puternic, cu mai multe afectări ale creierului şi pe termen lung comparativ cu adulţii. În schimb există studii care au analizat efectul alcoolului asupra creierului animalelor. Se pot ivi afectări la nivel cognitiv şi asupra mecanismelor de învăţare din cauza expunerii cronice la alcool şi datorită efectelor neurotoxice ale etanolului asupra hipocampului şi a structurilor limbice. Rezultatele cercetărilor efectuate pe modele animale şi studiile efectuate de observatorii umani au arătat acest lucru în cazul abuzului de alcool persistent care poate avea ca rezultat o scădere a volumului total al hipocampului, zona responsabilă pentru învăţarea pe termen lung şi memorie.[50] În acest sens, Ziegler a comparat 38 adolescenţi care abuzau de alcool cu 69 de persoane care nu consumau alcool pe baza rezultatelor

[50] Zeigler D, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, et al. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine 2005;40(1):23-32

unor teste neuropsihologice. Astfel s-au evidențiat scoruri mai mici la itemii de IQ verbal, ortografie și lectură comparativ cu abstinenții.

Diferite părți ale creierului se dezvoltă la rate diferite pe măsură ce creștem, și în funcție de gen, de faptul dacă suntem bărbați sau femei. Un exemplu este cortexul prefrontal, care găzduiește partea creierului responsabilă de gândirea rațională.[51]

Creierul are trei perioade critice de dezvoltare: perioada fetală, copilăria timpurie și perioada de după pubertate. Creierul poate fi afectat de alcool în timpul oricăreia dintre aceste perioade critice de dezvoltare deoarece este vulnerabil la efectele etanolului.[52]

În uter, copilul nenăscut își dezvoltă structura creierului de bază, care este urmată de o perioadă intensă de creștere în copilăria timpurie. Acest proces de cablare de bază permite creierului să dobândească funcții simple de mișcare, senzație și limbaj, precum și un anumit control asupra comportamentului și emoțiilor în timpul copilăriei timpurii.[53]

Alcoolul poate fi dăunător copilului în curs de dezvoltare. Expunerea la alcool la începutul sarcinii poate provoca modificări structurale ale sistemului

[51] http://www.education.vic.gov.au/documents/school/teachers/health/factsheet12011.pdf

[52] Monti P, Miranda R, Nixon K, Sher K, Swartzwelder H, Tapert S, White A, Crews F. Adolescence: Booze, Brains, and Behavior. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2010; 29(2):207–220.

[53] Guerri C, Bazinet A, Riley E. Foetal Alcohol Spectrum Disorders and Alterations in Brain and Behaviour. Alcohol & Alcoholism 2009; 44(2):108–114.

nervos central (creier, măduva spinării). Datorită acestui risc, National Health and Medical Research Council (NHMRC) din Australia recomandă să nu se consume deloc alcool în timpul sarcinii și alăptării, aceasta fiind cea mai sigură opțiune.[54]

După pubertate, creierul trece prin mai multe schimbări distincte. Inițial, creierul își mărește rețeaua de căi care îi permit să se adapteze mai ușor la situații diferite. În urma acestei creșteri, creierul formează rețeaua de căi pentru a renunța la căile care nu sunt folosite. Acest lucru permite creierului să fie mai eficient și capabil să realizeze forme mai complexe de gândire și comportament, care vor fi folosite în stadiul de adult.

În a doua decadă a dezvoltării creierului, funcționarea este îmbunătățită prin mielinizarea activă (unde fibrele nervoase dobândesc un complex lipoprotein) și eliminarea conexiunilor sinaptice redundante în cortexul profrontal și sistemul limbic.[55]

Cortexul prefrontal, care scade în volum odată cu maturizarea, reglementează funcții cognitive precum: atenția la sarcini, integrarea informațiilor din simțuri diferite, controlarea impulsurilor, comportamentul voluntar motor, planificare, rezolvarea problemelor, gândirea abstractă, raționamentul și

[54] National Health and Medical Research Council. (2009). Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol: Commonwealth of Australia

[55] Clark D, Thatcher, DL, Tapert, SF.. Alcohol, psychological dysregulation, and adolescent brain development. Alcoholism: Clinical & Experimental Research. 2008;32(3):375-85

judecata. Dimpotrivă, structurile sistemului limbic (hipocamp, amigdala și zonele septale) în lobii mediali temporali cresc în volum. Hipocampul are un rol deosebit de important în codificarea memoriei pe termen lung și afectarea acestor neuroni poate perturba capacitatea individului de a forma noi amintiri pentru fapte și evenimente.[56] Pe lângă aceste schimbări morfologice, adolescența aduce o importanță semnificativă modificărilor neurochimice în sinapselor creierului. Pur și simplu, schimbările în volumul creierului afectează numărul de receptori care răspund la neurotransmițătorii circulanți, cum ar fi glutamatul, neurotransmițător excitator care influențează procesul de învățare și memorie. Un neurotransmițător inhibitor în creierul uman este acidul Gamma-aminobutiric (GABA) care este potențat de alcool și care inhibă acțiunea glutamatului. Prin urmare, nivelurile crescute de GABA contribuie la efectele depresive asupra cogniției.

În această etapă a dezvoltării creierului, activitățile în care sunt implicați tinerii, inclusiv consumul de alcool, sunt esențiale pentru modelarea modului în care creierul se va dovedi la sfârșitul acestei faze de dezvoltare.

Creierul adolescent, în special hipocampul, poate fi deosebit de vulnerabil la efectele alcoolului predispunând astfel tinerii consumatori la

[56] Zeigler D, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, et al. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine 2005;40(1):23-32.

alcool, probleme de sănătate mintală și neuro-cognitive care pot persista la vârsta adultă.[57] Tinerii care încep să bea înainte de vârsta de 15 ani au de patru ori mai multe șanse de a îndeplini criteriile de dependență de alcool la un moment dat în viața lor.[58] Utilizarea timpurie a alcoolului este asociată nu numai cu niveluri mai frecvente și mai ridicate de consum de alcool și dependență la vârsta adultă, ci și cu mai multă afectare a sănătății mintale și daune sociale.[59]

Deoarece creierul adolescent trece prin aceste modificări dinamice, este probabil să fie mai susceptibil la daune din cauza unor influențe negative asupra mediului decât creierul adult relativ stabil. Deoarece alcoolul se poate atât de ușor combina cu apa și lipide solubile, este ușor absorbit din sto-mac și intestin, distribuit pe tot corpul, traversează cu ușurință bariera hemato-encefalică. Într-adevăr concentrația de alcool în creier are analogii cu concentrația din sânge. În condiții normale,

[57] Welch KA, Carson A, Lawrie SM. Brain structure in adolescents and young adults with alcohol problems: systematic review of imaging studies, Alcohol Alcohol, 2013, vol. 48 (pg. 433-44)

[58] Grant BF, Dawson DA. Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey, J Subst Abuse, 1997, vol. 9 (pg. 103-10)

[59] McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies, PLoS Med, 2011, vol. 8 pg. e1000413

aproximativ 98% din alcoolul ingerat este metabolizat de către enzimele din stomac şi ficat şi eliminat de rinichi.[60] Rata medie de metabolizare este de aproximativ 30 ml (1 oz) în 3 ore.[61] Dacă alcoolul este consumat la o rată mai mare decât este eliminat, concentraţia de alcool din sânge va creşte până când consumul se opreşte.

Cu toate acestea, cortexul prefrontal nu începe să se maturizeze până la vârsta de 19 ani şi se maturizează complet în jurul vârstei de 21 de ani la femei şi la vârsta de 28 de ani la bărbaţi. Deci, daunele cortexului prefrontal în timpul dezvoltării sale pot avea consecinţe îndelungate pentru memoria tânărului, personalitatea şi comportamentul.[62]

Consumul de alcool în timpul adolescenţei poate provoca leziuni permanente ale creierului. Afectările creierului ar putea fi responsabile pentru problemele de memorie, incapacitatea de a învăţa, probleme cu abilităţile verbale, dependenţa de alcool şi depresie.

Cercetările arată că o mahmureală poate fi la fel de dăunătoare pentru creier precum consumul de alcool greu prin reducerea capacităţii unei persoane de a învăţa informaţii noi şi de a rememora amintirile.

---

[60] Zeigler D, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, et al. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine 2005;40(1):23-32.

[61] Idem

[62] http://www.education.vic.gov.au/documents/school/teachers/health/factsheet12011.pdf

V.8. Efecte asupra sănătății mintale

Natura relației dintre consumul de alcool și sănătatea mintală în adolescență este oarecum reciprocă.[63] Problemele de sănătate mintală, inclusiv depresie, auto-vătămare și sinucidere, sunt prezente în adolescență. Consumul de alcool are efect asupra somnului. Utilizarea alcoolului și, în special, binge drinking este asociat cu tulburări de somn într-o relație doză-răspuns. Aceste constatări au fost raportate din studiul național longitudinal al sănătății adolescenților, care a examinat un eșantion de peste 14.000 de adolescenți și adulți tineri.[64]

Utilizarea alcoolului a fost asociată cu cazuri de **sinucidere** la minori încă din anii 1990.[65] A fost estimat că alcoolul este susceptibil de a provoca adolescenților de sex masculin de 17 ori, iar femeile trei ori mai multe șanse de a încerca sinuciderea.[66]

---

[63] Brown & Tapert (2004) as cited in National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia. (2009), www.nhmrc.gov.au

[64] Popovivi I., French MT. Binge drinking and sleep problems among young adults, Drug Alcohol Depend. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013,02.001

[65] Saunders B, Baily S. Alcohol and young people: Minimizing the harm. Drug and Alcohol Review. 1993;12(1):81-90.

[66] Groves S, Stanley BH, Sher L. Ethnicity and the relationship between adolescent alcohol use and suicidal

Adolescenţii care consumă alcool ca metodă de a face faţă problemelor au mai multe şanse de a suferi de depresie şi pot continua cu consumul de băuturi tari, ceea ce este însuşi un predictor al comportamentului suicidar. ATENŢIE: intervenţia psihoterapeutică şi chiar spitalizarea devine obligatorie.

Consumul de alcool creşte riscul pentru o gamă de probleme de sănătate mintală şi socială la tineri. Tinerii cu sănătate mintală precară au mai multe şanse de a iniţia consumul de alcool la adolescenţă şi să raporteze frecvent consumul de alcool. De asemenea, este mai probabil să bea cu intenţia de a se îmbăta.[67]

Profesorul de Psihologie David Clark de la Universitatea din Oxford, a raportat riscul crescut de tulburare a comportamentului de tip ADHD (Sindromul hiperkinetic cu deficit de atenţie), depresie majoră şi tulburări de anxietate la copiii părinţilor cu probleme de alcool în comparaţie cu copiii din familia părinţiilor fără probleme de alcool.[68] Clark a făcut referire şi la studii transversale şi longitudinale care ilustrează legăturile strânse dintre tulburările psihiatrice şi consumul de alcool în adolescenţă. El a sugerat că există o

behavior. International Journal of Adolescent Medicine & Health. 2007;19(1):19-2

[67] National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia. [online] 2009

Available from: URL: www.nhmrc.gov.au

[68] Clark D. (2004),The natural history of adolescent alcohol use disorders. Addiction.;99 (Suppl 2):5-22

„diateză comună": și anume riscul crescut pentru psihopatologiile care interferează cu funcționarea socială, dar și pentru abuzul de substanțe și o gamă largă de comportamente riscante, inclusiv tulburări de consum de alcool.[69]

V.9. Efecte la nivel social, răniri accidentale și violente

Delincvența juvenilă. Potrivit unor studii din Franța, 40% dintre tinerii delincvenți consumă în mod regulat alcool. Alcoolul poate afecta dezvoltarea socială a unui adolescent dacă începe să bea de la o vârstă fragedă. Ei își pot petrece timpul consumând alcool în loc să participe la activități sportive sau recreative.

Adolescenții pot apela la alcool ca la o formă de a face față problemelor și de a fi mai deschiși la folosirea altor substanțe. Dificultățile de învățare cauzate în adolescență de consumul de alcool pot avea ca rezultat performanțe scăzute în școală și un risc crescut de probleme sociale, depresie, gânduri suicidare și violență.

Consumul de alcool la tineri este asociat cu vătămări corporale, comportament sexual riscant,

[69] Clark D, Bukstein OG. (1998), Psychopathology in adolescent alcohol abuse and dependence. Alcohol Health and Research World;22(2):117-21.

modele de comportament nefavorabil şi eşec academic.[70]

De asemenea, probabilitatea ca adolescenţii să se implice într-un conflict violent atunci când sunt sub influenţa alcoolului este mult mai mare, decât atunci când nu consumă alcool.[71]

În America, în fiecare an, aproximativ 5.000 de tineri sub vârsta de 21 de ani mor ca urmare a consumului alcool. Aceasta include aproximativ 1.900 de decese cauzate de accidentele de autovehicule,

1.600 ca urmare a omuciderilor, 300 de sinucideri, precum şi sute de alte răniri cum ar fi căderi, arsuri şi înecări.[72]

În Sibiu, spre exemplu, 30% dintre subiecţii unui studiu cuprinzând elevi au declarat că cunosc pe cineva care a călătorit într-o maşină sau a condus o maşină fiind sub influenţa alcoolului, dintre care 30 de subiecţi au declarat că cunosc pe cineva care a fost rănit într-un accident sub influenţa

[70] National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia. [online] 2009

Available from: URL: www.nhmrc.gov.au

[71] Kodjo et al (2004) as cited in National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia. (2009) Available from: URL: www.nhmrc.gov.au

[72] National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA). Traffic Safety Facts 2002: Alcohol. DOT Pub. No. HS–809–606. Washington, DC: NHTSA, National Center for Statistics & Analysis, 2003. Available online at: http://www-nrd.nhtsa.dot.gov/Pubs/2002alcfacts.pdf

alcoolului sau a avut probleme cu poliția pentru că a condus beat (Copăceanu, 2018, nepublicat).

V.10. Comportament sexual și alcoolul

Există o corelație pozitivă între consumul de alcool și inițierea unui act sexual, conform unui studiu longitudinal pe o perioadă de 7 ani care a inclus 1.399 de norvegieni.[73] Ca factori care au determinat comportamentul sexual, studiile au arătat că acei copii ai căror părinți oferă mai puțină monitorizare și supraveghere prezintă un risc mai mare pentru inițierea timpurie a actului sexual. Respondenții mai în vârstă care au petrecut mai mult timp singuri cu persoane de sexul opus și ai căror valori personale includ sexul ca activitate normală pentru adolescenți au o probabilitate crescută de a raporta relațiile sexuale active.[74]

În ceea ce privește sănătatea și comportamentul sexual, dovezile confirmă faptul că consumul de alcool este asociat cu:

---

[73] Pedersen W, Samuelsen SO, Wichstrøm L. Intercourse debut age: poor resources, problem behavior, or romantic appeal? A population-based longitudinal study, J Sex Res, 2003, vol. 40 (pg. 333-45)

[74] DiLorio C, Dudley WN, Soet JE, McCarty F.Sexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: the moderating role of protective factors. J Adolesc Health. 2004 Dec;35(6):528.e11-20.

1) nefolosirea prezervativului în timpul întâlnirii sexuale a tânărului

2) o probabilitate crescută de a face sex și la o vârstă mai mică

3) sex neprotejat

4) sarcini la adolescente

5) probabilitatea de a contracta infecții cu transmitere sexuală.

Marea Britanie are cel mai înalt nivel de consum de alcool la adolescenți și cele mai mari rate de sarcini în adolescență din Europa de Vest: 34 de fete la fiecare 1000 au rămas însărcinate sub vârsta de 18 ani (ONS, 2011). Chlamydia a devenit cea mai frecventă infecție cu transmitere sexuală la femeile din Marea Britanie în vârstă de 16-25 ani (Bellis,

2008). În ceea ce privește, țara noastră, **România, este pe primul loc în Uniunea Europeană în cazul adolescentelor care rămân gravide.** Unele data susțin că 10% din mamele din Romania sunt minore.

Conform studiului realizat de Eurostat, următoarea țară în clasament este Bulgaria, cu 14,7%. Institutul National de Statistică preciza că în 2014 în jur de 18.600 de adolescente deveneau mame, iar dintre acestea 2.212 aveau vârste cuprinse între 12 și 15 ani. Două treimi din numărul mamelor minore trăiau în mediul rural.

Contracepție[75]

În Europa, numărul de avorturi înregistrate la femeile cu vârste mai mici de 20 de ani, conform Health for All Database

Număr avorturi la 1000 născuți vii, în anul 2012

Țara	Total	Număr femei sub 20 de ani	Număr femei de 35 ani și peste
Tajikistan	38,49	20.78	178, 08
Croația	85,49	215, 37	205, 97
Bulgaria	433, 91	370, 61	768, 61
Romania	**438, 26**	**389, 33**	**849, 07**
Georgia	687, 78	348, 64	849, 07
EU	321, 82		

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, în România consumul de alcool la tinerii cu vârste cuprinse între 15-19 ani, era următorul: 16.3 pentru ambele sexe, 23.2 pentru băieți și 9.1 pentru fete (litri de alcool pur).

Comisia ONU pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale le cere autorităților române să adopte o strategie națională privind educația sexuală, lucru sprijinit de Ministrul Sănătății, fapt ce încă nu s-a materializat până în prezent.

[75] http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploa-ds/2016/01/A-analiza-de-situatie-2015.pdf

Totuşi, tinerii consumă alcool ceea ce înseamnă că există şi **consecinţe pozitive** pentru copiii şi tinerii care consumă alcool sau cel puţin nişte aşteptări în urma consumului de alcool. Dacă în timp ce consecinţele negative ale abuzului de alcool sunt considerabile şi trebuie luate serios, există dovezi ale unor efecte pozitive asociate cu tinerii care sunt capabili să consume alcool. De exemplu, dovezile arată că:

1) unii tineri pot beneficia de sporirea încrederii în comunicarea cu persoanele de sex opus

2) consumul de alcool la anumite nivele (nedefinite) poate creşte sentimentele tinerilor de sociabilitate

3) consumul de alcool ca mijloc de sărbătorire şi la ocazii speciale poate fi de asemenea pozitiv pentru tineri.

În ciuda acestor remarci pozitive, există mult mai multe consecinţe negative ale consumului de alcool în timpul copilăriei şi adolescenţei care par să depăşească impactul modest al celor pozitive. Per total, există cel puţin două metode dovedite a fi eficiente pentru sănătatea şi bunăstarea tinerilor. **Prima este amânarea vârstei de iniţiere a alcoolului şi a doua este limitarea cantităţii consumate de tineri**.

V.11. Cum pot fi influențați copiii în consumul de alcool. Influențe negative. Familia

Cu cât mai multe influențe negative are un copil în viața lui, cu atât sunt mai multe șanse de a dezvolta probleme cu alcoolul și drogurile. În ceea ce privește **familia**, certurile dese, repetate, observarea și asistarea la situațiile când membrii familiei se insultă reciproc, sunt agresivi verbali, familiile în care regulile și consecințele lor nu sunt suficient de clare, când pedepsele sunt severe sau inconsistente, traiul în sărăcie, antecedentele familiale privind abuzul de droguri, părinții care abuzează de alcool sau droguri sunt factori de risc în inițierea și menținerea sau escaladarea consumului de alcool la tineri.

Adolescenții care nu dezvoltă relații pozitive cu părinții sunt mai predispuși să dezvolte comportamente adictive precum fumatul, consumul de alcool și de droguri.[76] Deci grupul de suport, familia, prietenii sunt cei care pot contribui la diminuarea riscurilor de a recădea.

---

[76] Guilarmo-Ramos et al. (2005), *Acculturationrelated variables, sexual initiation, and subsequent sexual behavior among Puerto Rican, Mexican, and Cuban Youth.* Health Psychol. 24, 88– 95 în Popa, Camelia (2014), Relații familiale disfuncționale și problemee psihiatrice ale adolescenților, Studii și cercetări de Antropologie, nr 3, p 30

S-a crezut mult timp că statutul socio-economic scăzut al părinților este un factor de risc pentru rezultatele problematice ale copiilor. Din păcate, din datele deținute de poliție cât și de unele cercetări există practica destul de frecventă ca unii dintre părinți să ofere cantități semnificative de alcool copiilor adolescenți – fie pentru a consuma acasă, fie în afară de exemplu la petreceri, în parcuri și pe stradă.[77]

Consumul de substanțe în cazul părinților

Numărul tinerilor fumători este de trei ori mai mare când cei doi părinți fumează, spre deosebire de cazurile când părinții sunt nefumători.[78] În cazul alcoolului, riscul pentru adolescent este de 1.5 ori mai mare în cazul în care tatăl consumă alcool și de trei ori mai mare dacă mama este cea dependentă de alcool.

Sunt și alte atribute ale stilului parental care influențează adolescenții: insecuritatea internă și echilibrul emoțional. Astfel părinții indiferenți sau răuvoitori, care îl lasă pe copilul lor să se descurce mereu singur, criticându-l sau râzând de el când are un eșec, induc o stare de insecuritate. Drept urmare, un părinte cu o constituție sensibilă și un anturaj

[77] Valentine, G; Holloway, S.L; Jayne, M. & Knell, C. (2007): Drinking places: where people drink and why. York: Joseph Rowntree Foundation.

[78] Ibidem

imprevizibil, sufocant, rar disponibil, generator de carenţe, angoasat de orice încercare de dobândire a autonomiei, incoerent în reacţii, care nu respectă individualitatea copilului nu-şi va putea construi o lume internă securizantă.[79]

Depresia unuia dintre părinţi are efecte asupra echilibrului psihoemoţional al copilului. **Permisivitatea părinţilor** joacă un rol important în acest proces. Cu cât părinţii sunt mai permisivi faţă de consumul de substanţe cu atât riscul consumului în rândul adolescenţilor este mai mare. Într-un studiu la nivel local, aproape 48% dintre elevi au declarat că ştiu părinţi care permit tinerilor sub 18 de ani să consume alcool acasă/la bar.

Foarte importante sunt raporturile dintre părinţi şi copil. După, Cosmovici, se pot face, îndeosebi, trei mari greşeli.

a) Părinţii sunt prea severi, copilul se loveşte la tot pasul de interdicţii, mereu este certat, uneori bătut, i se prevede un viitor sumbru etc. În felul acesta, personalitatea tânărului este strivită, n-are voinţă şi iniţiativă, este mereu anxios. Doar în cazul unui eu foarte puternic asistăm la formarea unui spirit anarhic, revoltat împotriva părinţilor şi apoi împotriva oricărei autorităţi.

b) A doua greşeală este opusă celei dintâi: părinţii îşi răsfaţă peste măsură odrasla, îi satisfac toate capriciile, nu-l deprind cu munca, cu respectul autorităţii etc. Astfel, creşte un adolescent care cunoaşte doar drepturi personale, nu şi îndatoriri.

---

[79] Clerget, op. cit, p 129

Nu învaţă, nu munceşte, dar pretinde mereu. Pe lângă insuccesele şcolare şi profesionale, unii ajung chiar delincvenţi, deşi deseori provin din familii foarte onorabile.

c) A treia eroare constă în inconsecvenţa educativă. Astăzi părinţii au încasat o primă, sunt veseli şi atunci copilul poate face tot ce poftește. Chiar dacă sparge ceva: „Ei nu-i nimic! Se mai întâmplă!". Dar peste câteva zile părinţii sunt nervoşi şi copilul e obligat să stea neclintit la masă, să înveţe, să nu crâcnească ceasuri de-a rândul. În asemenea familii copiii sunt dezorientaţi, devin încăpăţânaţi, capricioşi, foarte dificili în raporturile lor sociale.[80]

Efecte negative pot avea relaţiile neechitabile dintre părinţi şi copii: unul este preferat, răsfăţat, protejat, iar altul este vinovat de toate micile „accidente» survenite în timpul convieţuirii şi al jocurilor, ocărât şi pedepsit. Se dezvoltă animozităţi între copii, apar pâra, minciuna, bătăile între fraţi, uneori se deformează caractere, se urâţeşte viziunea tinerilor despre om.

Comunitate

Atitudinile comunităţii faţă de consumul de droguri şi disponibilitatea lor creşte riscul consumului de droguri. În ceea ce priveşte România, comercializarea băuturilor alcoolice adolescenţilor, faptul că sunt disponibile la orice magazin de

[80] Cosmovici, Andrei (1996), Psihologie generală, Ed. Polirom, Iaşi, p 36

cartier, uneori sub pretextul că sunt achiziționate pentru părinți, alteori cu bună știință reprezintă în mod clar un factor negativ. Într-un studiu recent (2018) nepublicat, efectuat de autorul cărții în 5 școli din Sibiu (două școli gimnaziale și trei licee) însumând un eșantion de 177 de adolescenți, 95% din răspunsuri au fost afirmative în ceea ce privește ușurința cu care au procurat băuturi alcoolice. Cel mai des întâlnit răspuns a fost „din orice magazin din colțul străzii/ non-stop, vânzătoarele nu întreabă ce vârstă ai". Cu aceeași ușurință se pot obține băuturi alcoolice din cluburi și puburi. A treia sursă de achiziție este de la prietenii mai mari (persoane majore care iau băutura în locul lor) și ultima chiar de la părinți.

Tot comunitatea are un rol în prevenirea abuzului de substanțe prin derularea unor campanii antialcool și prin crearea unor servicii specializate pentru tinerii cu probleme de consum. În studiul amintit anterior doar 4% dintre elevi au admis că știu servicii antialcool în comunitate exemplificând agențiile antidrog și o asociație de recuperare.

Comportamentele problematice timpurii și persistente, cum ar fi distrugerea în școală sau lupta cu alți copii, faptul că tinerii nu simt că fac parte din comunitatea sau societatea lor, că sunt cuprinși de o lipsă de prietenii pozitive sau pentru a fi acceptați de către colegi care consumă alcool sunt alte influențe asupra tinerilor.

Un efect negativ îl poate avea **anturajul**, gașca, gașca („banda") de copii din cartier, școală, când e dominată de tineri certați cu legea și moravurile.

Preadolescenții (copiii de 11-14 ani) pot fi foarte puternic influențabili.

În acest sens avem cercetări care au subliniat că presiunea grupului de prieteni asupra asumării de riscuri e puternică în această grupă de vârstă, iar adolescenții care au prieteni/ colegi care consumă substanțe prezintă un risc mai mare de a se angaja în comportamente similare.[81] Acceptarea de la egal la egal este o recompensă socială puternică pentru adolescenți[82] și este asociată cu o înaltă stimă de sine și o competență socială. Având prieteni care beau crește probabilitatea ca tinerii să bea. Tinerii sunt, de asemenea, influențați de cât de mult consumă prietenii lor. Având prieteni mai în vârstă și care petrec mai mult timp cu prietenii de băut, este probabil să se încurajeze consumul excesiv de alcool.[83]

Primele beții și primele droguri, rar sunt conduite solitare, adolescentul ia hotărârea de a face ceva influențat de grupul său de prieteni. Curiozitatea și dorința de evaziune fiind însoțite de presiunea grupului. Se urmărește trăirea în comun a unei experiențe și negarea diferențelor și a conflictelor între colegi. Ori administrarea unei substanțe are și rol de

---

[81] Gardner N, Steinberg L. Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study, Dev Psychol, 2005, vol. 41 (pg. 625-35)

[82] Guyer AE, Choate VR, Pine DS. Neural circuitry underlying affective response to peer feedback in adolescence, Soc Cogn Affect Neurosci, 2102, vol. 7 (pg. 81-92)

[83] Bremner P, Burnett J, Nunney F, et al., Young People, Alcohol and Influences, 2011YorkJoseph Rowntree Foundation www.jrf.org.uk

a reuni acești tineri solitari. Să te îmbeți în colectiv este un mod de a avea aceleași trăiri, aceleași stări de bine.[84] Între 12 și 16 ani, transformările sunt atât de importante încât există mai multe diferențe între persoane decât la orice altă vârstă.

În sprijinul testării ipotezei potrivit căreria alcoolul este contagios, redau o analiză a teoriei influenței colectivității asupra comportamentului consumului de alcool. Astfel au fost incluse date cu privire la 48.215 de elevi cu vârstele cuprinse între 12 la 16 ani din 25 de țări europene (48,5% bărbați, M =13,83 ani) folosind secvențe ierarhice generale de modelare liniară.[85] În cele din urmă, a fost construit un model de interceptare ca rezultat pentru a testa ipoteza principală.

Efectul de contagiune privind comportamentul consumului de alcool necesită o concentrare asupra eforturilor de prevenire a mediului, astfel prin scăderea gradului de acceptare publică a consumului de alcool la adolescenți, proporția medie a consumatorilor problematici de alcool în țările europene poate fi redusă.

În final, mediul **școlar** are o influență asupra copilului prin lipsa unui atașament sau a angajamentului față de școală și prin realizări academice scăzute.

---

[84] Clerget, op cit, p 138

[85] Bräker AB, Soellner R, Is Drinking Contagious? An Analysis of the Collectivity of Drinking Behavior Theory Within a Multilevel Framework.Alcohol Alcohol. 2017 Aug14:1-7. doi: 10.1093/alcalc/agx050.

V.12. Ce rol au trăsăturile de personalitate?

Copiii care încep să consume la o vârstă foarte fragedă (înainte de vârsta de 12 ani) au adesea caracteristici de personalitate similare care pot creşte probabilitatea ca ei să continue să consume. Trăsături de personalitate precum căutarea senzaţiei şi dezinhibirea comportamentală sunt asociate cu un risc crescut de a dezvolta tulburări de consum a substanţelor în adolescenţă şi pot media riscul genetic.[86] O nouă constatare într-un studiu din Norvegia a fost că un concept pozitiv de sine în domeniul „atracţiei romantice" reprezintă un predictor puternic, dar numai pentru băieţi pentru debutul consumului de alcool şi comportamentul sexual.[87]

Tinerii care sunt perturbatori, hiperactivi şi agresivi – adesea consideraţi ca având tulburări de conduită sau trăsături antisociale – precum şi cei

[86] Laucht M, Becker K, Blomeyer D, Schmidt MH. Novelty seeking involved in mediating the association between the dopamine D4 receptor gene exon III polymorphism and heavy drinking in male adolescents: results from a high-risk community sample, Biol Psychiatry, 2007, vol. 61 (pg. 87-92)

[87] Pedersen W1, Samuelsen SO, Wichstrom L.Intercourse debut age: poor resources, problem behavior, or romantic appeal? a population-based longitudinal study. J Sex Res. 2003 Nov;40(4):333-45.

care sunt deprimați, retrași, sau anxioși pot prezenta cel mai mare risc pentru problemele cu alcoolul. Alte probleme de comportament asociate cu alcoolul includ rebeliunea,[88] dificultate de a evita situațiile periculoase și o serie de alte trăsături văzute la tinerii care acționează fără respect pentru reguli sau pentru sentimentele altora (adică dezinhibarea).[89]

Un studiu longitudinal din vestul Scoției (N = 2586 de elevi) a explorat efectele cauzale ale consumului de alcool și ale comportamentului antisocial la elevi cu vârste cuprinse între 11 și 15 ani și a concluzionat că, comportamentul antisocial a fost principalul predictor al consumului necorespunzător de alcool și al problemei legate de alcool în această grup de elevi.[90] Un alt studiu american care a inclus 429 de tineri din mediul rural a concluzionat că delincvența la vârsta de 11 ani a fost un predictor pozitiv al consumului de alcool la 16 ani atât pentru băieți, cât și pentru fete.[91]

---

[88] Brook, J.S.; Whiteman, M.; Finch, S.; and Cohen, P. Aggression, intrapsychic distress, and drug use: Antecedent and intervening processes. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 34:1076–1084, 1995. PMID: 7665446

[89] Jones, S.P., and Heaven, P.C. Psychosocial correlates of adolescent drug-taking behaviour. Journal of Adolescence 21:127–134, 1998. PMID: 9585491

[90] Young R, Sweeting H, West P. A longitudinal study of alcohol use and antisocial behaviour in young people, Alcohol Alcohol, 2008, vol. 43 (pg. 204-14)

[91] Mason WA, Hitchings JE, Roth RL. Emergence of delinquency and depressed mood throughout adolescence as predictors of late adolescent problem substance use, Psychol Addict Behav, 2007, vol. 21 (pg. 13-24)

Părerile specialiștilor sunt extrem de împărțite. Diverse studii clinice au evidențiat o frecventă asociere a tulburărilor de personalitate cu abuzul de substanțe, comorbiditate ce face managmentul clinic atât de dificil, încât uneori poate fi chiar greu de stabilit dacă acestea au un rol etiologic sau apar secundar consumului de droguri.[92] Consumul de droguri duce la depresie (sau alte afecțiuni psihice), depresia poate fi asociată cu abuzul de alcool, iar alteori în mintea pacientului nu există o demarcație limpede între consum și simptomele trăirii psihice.

Pe de altă parte, în cazul tulburărilor la copii, s-a demonstrat că depresia la vârsta de 11 ani are o relație semnificativă cu utilizarea substanței la vârsta de 14 ani.[93] Totodată, adolescenții cu depresii care se confruntă cu un nivel ridicat de stres în mediul înconjurător pot utiliza droguri pentru a se autotrata, ca un mecanism de coping. Asocierea între starea de emoțională de deprimare și consumul de alcool pare să fie mai puternică la adolescenții cu mai puține probleme de comportament.[94]

---

[92] Bălăceanu-Stolnici, op. cit, p. 332

[93] King SM, Iacono WG, McGue M. Childhood externalizing and internalising psychopathology in the prediction of early substance use, Addiction, 2004, vol. 99 (pg. 1548-59)

[94] Hussong A, Gould L, Hersh M. Conduct problems moderate self-medication and mood-related drinking consequences in adolescents, J Stud Alcohol Drugs, 2008, vol. 69 (pg. 296-307)

V.13. Factori genetici

Creierul adolescentului suferă schimbări neuro-evolutive profunde, la rândul său influențate de factori genetici, de mediu și hormoni sexuali. Neurotransmisia glutamatergică este predominantă, iar maturarea circuitelor neuronale facilitează dezvoltarea social-emoțională. În același timp, pubertatea se manifestă prin schimbări fizice exterioare. Factorii de risc pentru tulburările de consum de alcool la adolescenți pot fi împărțiți în factori de mediu, genetici și fenotipici.[95] Interacțiunea genetică-mediu determină utilizarea individuală a alcoolului și a tulburărilor de consum.[96]

Predispoziția genetică reprezintă aproximativ jumătate din riscul de dezvoltare a dependenței de alcool.[97] Adolescenții cu un istoric familial al problemelor legate de alcool prezintă un risc mai mare de a dezvolta o problemă cu alcoolul și la o vârstă mai mică decât colegii lor cu istorii ale familiei fără consum de alcool. Factorii genetici pot avea mai multă influență asupra comportamentului

[95] Nelson EE, Leibenluft E, McClure EB. The social reorientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology, Psychol Med, 2005, vol. 35 (pg. 163-74)

[96] Marshal, ibidem

[97] Ibidem

consumului de alcool la sfârșitul adolescenței decât la începutul adolescenței.[98]

Unii dintre factorii comportamentali și fiziologici care converg pentru a crește sau a reduce riscul unei persoane pentru probleme legate de alcool, inclusiv toleranța la efectele alcoolului, pot fi legați direct de **genetică**. De exemplu, copilul unui părinte alcoolic sau care are mai mulți membri ai familiei alcoolici, prezintă un risc mai mare de probleme legate de alcool. Copiii părinților alcoolici au între 4 și 10 ori mai multe șanse să devină alcoolici decât copiii care nu au rude apropiate cu alcoolism.[99] Pentru aceștia, de asemenea, este mult mai probabil să înceapă consumul de alcool la o vârstă fragedă și să progreseze mai repede spre probleme legate de alcool.[100]

Factorii de mediu socioculturali joacă un rol foarte mare în consumul de droguri, iar patologia prin abuz de droguri se datorează concomitent interrelației dintre factorii genetici și de mediu. Explicația ar fi următoarea: genotipul produce o creștere a expresiei factorului de mediu de risc,

---

[98] Rose RJ, Dick DM, Viken RJ, Kaprio J. Gene-environment interaction in patterns of adolescent drinking: regional residency moderates longitudinal influences on alcohol use, Alcohol Clin Exp Res, 2001, vol. 25 (pg. 637-43)

[99] Russell, M. Prevalence of alcoholism among children of alcoholics. In: Windle, M., and Searles, J.S., eds. Children of Alcoholics: Critical Perspectives. New York: Guilford, 1990. pp. 9–38

[100] Donovan, J.E. Adolescent alcohol initiation: A review of psychosocial risk factors. Journal of Adolescent Health 35:529.e7–18, 2004. PMID: 15581536

exacerbează efectul factorului de risc, însă pentru creşterea riscului de apariţie al dependenţei sunt necesari atât factorul genetic cât şi factorul de mediu de risc.[101] În privinţa eredităţii, aceasta este semnificativă şi variază între 40% şi 70%, fiind responsabilă de variabilitatea manifestărilor clinice datorate consumului şi abuzului de droguri. Conform cercetărilor lui Lerman şi Berretini, factorii genetici joacă un rol mai puţin important în iniţierea consumului decât în producerea dependenţei. Se pare că există peste 1500 de gene implicate în consumul şi dependenţa de droguri. LyCy şi colaboratorii au identificat următoarele gene şi anume: în cazul alcoolului 316 gene, pentru cocaină 164, pentru opiacee 109 şi pentru nicotină 162.

În concluzie, rolul eredităţii este indiscutabil, însă această ereditate nu este de ordin general, ci specifică pentru fiecare drog în parte.[102]

V.14. Un nou factor de risc: social media

Brandurile de alcool sunt inovatoare în folosirea social media şi o folosesc pentru a viza tinerii. Social media permite brandurilor să vizeze tinerii într-o serie de moduri care merg neobservate de autorităţile de reglementare şi de mulţi adulţi, inclusiv de părinţi.

---

[101] Ibidem, p. 317
[102] Ibidem, p. 316

Platformele online, numite social media, cum ar fi Facebook permit companiilor din industria alcoolului să colecteze date pentru a le ajuta să vizeze publicul. Acest lucru înseamnă că puteți vedea un anunț pe Facebook pentru un anumit brand de alcool prin sponsorizarea unui meci de fotlbal pentru că ați fost la meci, în timp ce copilul poate vedea un alt anunț pentru același brand prin sponsorizarea unui festival de muzică la care a participat.[103]

Un exemplu al modului în care brandurile de alcool își favorizează sponsorizarea unui festival de muzică este prin trimiterea unui fotograf pentru a face fotografii ale oamenilor de la eveniment. Fotografiile sunt apoi afișate pe pagina Facebook a mărcii alcoolice, iar persoanele din fotografii se vor eticheta și le vor împărtăși prietenilor. Acest lucru permite companiei de alcool să colecteze mai multe date despre tânăr și să continue să le vizeze cu lucruri cum ar fi concursuri și discuții în jurul atrăgătoarelor subiecte culturale. Acest dialog bidirecțional este mult mai intim și mai eficient decât publicitatea tradițională prin televiziune, radio și panouri publicitare.[104]

Pe măsură ce marketingul cu alcool devine mai vizat, este dificil ca oricine să știe sau să măsoare cât de multă promovare a alcoolului primesc tinerii. Tinerii cu vârsta sub 18 ani folosesc social media foarte mult – pot să creeze un cont pe Facebook la

[103] https://adf.org.au/alcoholdrug-use/teenagers/influencers/

[104] The Alcohol and Drug Foundation (ADF) Australia's https://adf.org.au/alcohol-drug-use/teenagers/influencers/

13 ani. Acest lucru face din ce în ce mai important ca părinții să vorbească cu copiii lor despre felul de branduri cu care se angajează prin intermediul rețelelor sociale și să le ofere sugestii despre cum să se gândească la aceste mesaje.

Reclame

Doar în Australia, care nu este cea mai consumatoare țară de alcool, se estimează că industria alcoolului va cheltui aproximativ 1 miliard de dolari pe an pentru promoții precum anunțuri la televiziune, panouri publicitare și afișe, anunțuri online și sponsorizări sportive.

Industria alcoolului cunoaște că, copiii de astăzi sunt băutorii de mâine, iar publicitatea lor se adresează necontenit copiilor. Promovarea asociază alcoolul cu sărbătorirea, compasiunea, distracția și relaxarea. **Ea descrie consumul de alcool ca o parte necesară a oricărei ocazii sociale.**

În Australia, deși publicitatea privind alcoolul la televizor ar trebui să fie interzisă atunci când copiii ar putea fi viziona, este permisă în timpul difuzării evenimentelor sportive. Companiile de alcool au, de asemenea, dreptul de a face publicitate în afara panourilor, la stațiile de transport public și la autobuze și tramvaie. Au posibilitatea de a sponsoriza sportul sau echipa sportivă a copiilor.

Cercetările arată că, cu cât este mai mare expunerea unui copil la alcool (inclusiv prin reclame), cu atât este mai probabil ca acesta să-și inițieze

consumul mai devreme şi să consume în cantităţi mai riscante.[105]

Tipuri de consum

Pentru fiecare vârstă, deci şi în cazul adolescenţilor se disting patru tipuri de consum:

a) Utilizarea neproblematică/ocazională

b) Utilizarea cu risc

c) Abuzul

d) Dependenţa.

a) Utilizarea neproblematică este caracterizată de un consum moderat, hedonic, festiv, asupra căruia subiectul păstrează controlul fiind strâns legată de condiţiile sociale şi culturale, ea nu priveşte medicul sau alt specialist şi aparţine libertăţii individuale. Caracteristic acestui tip de consum este că nu are efecte negative, daune fizice sau psihice pentru consumator. Deci poate fi o experienţă plăcută şi atât.

b) Utilizarea cu risc, se referă la categoria adolescenţilor care nu sunt încă dependenţi de substanţe, nici nu au un comportament abuziv, ci prezintă nişte caracteristici şi trăsături de comportament sau circumstanţe care conţin deja un risc pntru consumator, riscul fiind imediat sau potenţial. Noţiunea

[105] Roche, A.M.,. Bywood, J. Borlagdan, B. Lunnay, T. Freeman, L. Lawton, A. Tovell and R. Nicholas. (2007). 'Young people and alcohol: the role of cultural influences', National Centre for Education and Training on Addiction, Adelaide

de risc se referă atât la trăsăturile consumatorului (în cazul nostru adolescenţi), condiţiile de consum (conduita în starea de ebrietate, consum în locuri interzise, la şcoală) cantităţile consumate (în funcţie de sex şi de substanţă), maniera de consum (căutarea sistematică a stării de ebrietate), natura produselor (unele substanţe fiind considerate de risc încă de la experimentare).[106]

V.15. Măsuri eficiente de reducere a consumului de substanţe în rândul copiilor

Guvernul României nu ştiu ce a făcut, dar Guvernul Marii Britanii a introdus treptat câteva măsuri eficiente:[107]

1) Interzicerea achiziţionării alcoolului de către persoanele sub 18 ani, susţinută de o aplicare riguroasă a sancţiunilor împotriva comercianţilor care pun în vânzare alcool celor sub 18 ani,

2) Interzicerea consumului în locuri publice inclusiv prin confiscarea băuturilor,

---

[106] Marcelli, *op.cit*, p 457-458

[107] Department for Children, Schools and Families, The Home Office, Department of Health Youth Alcohol Action Plan Presented to Parliament by the Secretary of State for Children, Schools and Families, the Secretary of State for The Home Office, Secretary of State for Department of Health by Command of Her Majesty June 2008

3) Acorduri voluntare şi obligatorii cu privire la marketingul şi publicitatea alcoolului de asemenea a fost negociat cu industria, în special pentru adresabilitatea către tineri.

De exemplu, regulile din publicitate stipulează că anunţurile şi reclamele la alcool din cadrul televiziunilor să nu se adreseze persoanelor sub 18 ani. Un alt principiu obligatoriu de respectat: evitarea sugestiilor potrivit cărora consumul de alcool poate spori nivelul social, sexual, fizic, mental, financiar sau sportiv sau, dimpotrivă, că decizia de a nu bea poate avea efecte invers.

Programe de prevenire şi intervenţii eficiente centrate pe consumul de substanţe la adolescenţi

Programele de prevenire ar trebui să abordeze toate formele de abuz de droguri, singure sau în combinaţie, inclusiv utilizarea substanţelor legale de către minori (de ex., tutun sau alcool); utilizarea drogurilor ilegale (de exemplu, marijuana sau heroină); şi utilizarea necorespunzătoare a substanţelor obţinute legal (de exemplu, inhalanţi), medicamentele eliberate pe bază de prescripţie medicală sau medicamentele fără prescripţie medicală.

Programele de prevenire ar trebui să abordeze problema tipului de abuz de droguri în comunitatea

locală, să vizeze factori de risc modificabili și să consolideze factorii de protecție identificați.[108]

Institutul Național de Excelență Clinică (NICE) din Marea Britanie recomandă următoarele acțiuni pentru copiii și tinerii cu vârsta cuprinsă între 10 și 15 ani, identificați cu probleme în consumul de alcool:[109]

1) Utilizați judecata profesională pentru a evalua în mod curent capacitatea acestor copii și tineri de a-și da acordul pentru intervențiile și tratamentul legat de alcool. Unii vor necesita implicarea părinților sau tutorilor.

2) Utilizați judecata profesională pentru a decide asupra modului adecvat de acțiune. În unele cazuri, poate fi suficient să se empatizeze și să se dea o opinie cu privire la importanța consumului de alcool și a altor aspecte conexe care ar putea apărea. În alte cazuri, poate fi necesară consiliere și sprijin mai intens.

3) Dacă apare un motiv să se creadă că există un risc semnificativ de efecte negative ale alcoolului, luați în considerare trimiterea la servicii de sănătate mintală, îngrijire socială sau la serviciile de alcool pentru tineri pentru îngrijirea copiilor și adolescenților, dacă este cazul și disponibil.

4) Asigurați-vă că discuțiile sunt potrivite pentru vârsta copilului sau tinerei persoane și pentru

[108] Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; Arthur, M.(2002), Promot ing sciencebased prevent ion in communit ies. Addictive Behaviors 90(5):1–26,

[109] https://www.nice.org.uk/guidance/ph24/chapter/1-recommendations

capacitatea lor de a înțelegere, maturitatea emoțională, cultura, credința și convingerile. Discuțiile (și instrumentele utilizate) ar trebui să țină seama și de nevoile lor specifice (sănătate și sociale) și să fie adecvate poziției.

Pentru copiii și tinerii cu vârsta cuprinsă între 16 și 17 ani identificați prin screening ca fiind consumatori la risc sau grav, NICE recomandă următoarele acțiuni: [110]

1) Cereți permisiunea tânărului de a organiza o scurtă intervenție pentru aceștia.

2) Personalul instruit corespunzător trebuie să ofere tânărului o intervenție pe termen scurt extinsă.

3) Oferiți informații despre serviciile locale de dependență specializate celor care nu doresc să discute, dar care doresc să primească ajutor suplimentar. Trimiteți-i la aceste servicii de terapie, dacă ei își doresc acest lucru. Recomandarea trebuie făcută serviciilor care se adresează tinerilor.

4) Oferiți celor care caută în mod activ un tratament pentru o problemă cu alcoolul o evaluare fizică și psihică sau recomandați-le să meargă pentru a primi un tratament și o îngrijirea adecvată.

Indiferent de tipul de intervenție, motivația reprezintă un factor esențial iar sedințele care au ca obiectiv schimbarea comportamentului-problemă se bazează pe principiul că schimbările nu se vor produce decât dacă persona respectivă dorește ea

[110] https://www.nice.org.uk/guidance/ph24/chapter/1-recommendations

însăşi acest lucru. Modul schimbării elaborat de Prochaska şi DiClemente în 1986 s-a dovedit a fi eficient şi des utilizat în psihologie, inclusiv astăzi. Tehnicile motivaţionale constă în adresarea de întrebări, practicarea ascultării active, practicarea în mod regulat a unor scurte recapitulări ale cuvintelor pacientului, întărirea cuvintelor pacientului care exprimă o motivare pentu schimbare. Astfel clientul este ajutat după ce conştientizează comportamentul problematic să exploreze ambivalenţa şi contradicţiile sale, să formuleze dilema, să determine ce schimbări doreşte să facă, respectând şi întărind sentimentul libertăţii de a alege, să ia decizia de a realiza această schimbare şi să aleagă mijloacele pentru a atinge obiectivele la care aspiră.[111]

V.16. Intervenţii eficiente pentru reducerea consumului de substanţe

O intervenţie scurtă pentru alcool adaptată pentru tineri este o conversaţie scurtă, bazată pe dovezi, structurată şi nonconfrontaţională despre consumul de alcool. Acesta urmăreşte să motiveze şi să susţină adolescentul să gândească şi să planifice schimbările în comportamentul consumului de alcool, pentru a reduce consumul şi riscul de a-şi face rău.

[111] Vera, op cit, p. 361

Studiile recente privind consumul de alcool indică, de asemenea, că strategiile de prevenire trebuie să țină cont de caracteristicile grupurilor vizate, în cazul nostru de caracteristicile adolescenților.

O meta-analiză a tratamentelor pentru abuzul de substanțe la adolescenți a constatat că în reducerea consumului de alcool intervențiile individuale au avut rezultate mai bune decât intervențiile familiale.[112] Însă cu privire la acest rezultat ar trebui interpretate cu prudență deoarece numărul de studii incluse a fost relativ mic (n = 16 și 26 de rezultate). Cu toate acestea, tratamentele comportamentale individuale și familiale au fost eficiente în promovarea reducerii pe termen lung a consumului de alcool (adică după o perioadă de urmărire de 12 luni).[113] Departamentul de Educație din Australia[114] a implementat politici de promovare a sănătății și recomandă evitarea consumului de alcool prin materiale informativ-educative.

Modificările care apar la nivelul creierului în anii adolescenței fac ca tinerii să fie mai vulnerabili la dependența de droguri. Persoanele care utilizează alcoolul mai înainte de vârsta de 15 ani au un risc de cinci ori mai mare să abuzeze de alcool decât cei care consumă mai întâi alcoolul la vârsta

---

[112] Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, et al. (2010), Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review, Arch Pediatr Adolesc Med, vol. 164 (pg. 85-91)

[113] Marshall, ibidem

[114] http://www.education.vic.gov.au/documents/school/teachers/health/factsheet12011.pdf

de 21 de ani sau mai mult. Această utilizare crescută duce la o șansă mai mare a problemelor legate de alcool în perioada ulterioară, inclusiv a deveni dependent de alcool. Orice program trebuie să țină seama că în încercarea de a renunța la substanță, persoana în cauză, adolescentul, se confruntă cu sindrom de renunțare. În cazul nicotinei de exemplu simptomele cele mai frecvente sunt anxietatea, iritarea, tulburarea de somn, dificultatea de concentrare a atenției, pofta de a fuma, foamea, durerile de cap și probleme gastrointestinale.[115] La adolescenții care au luat parte la programele de abandonare a fumatului au fost evaluate răspândirea și severitatea simptomelor renunțării la nicotină, simptomul cel mai frecvent fiind pofta puternică de a fuma, observat în 60% din cazuri, apoi iritarea în 51% și dificultățile de concentrare a atenției în 41% din cazuri.[116]

Recomandările indică limpede: din motive de sănătate, cercetările recente sugerează că **persoanele sub 18 ani ar trebui să evite alcoolul**. Totodată, Guvernul australian a concluzionat că nu există o cantitate de alcool care poate fi considerată sigură și că tinerii sub vârsta de 18 ani ar trebui să nu bea pentru a nu se îmbăta.

Intervențiile scurte în cadrul secțiilor de urgență din spitale pot fi eficiente în reducerea

[115] Zorin, K.V. (2014), Dependența de computer, de jocuri, de nicotine, traducere de Adrian Tănăsescu Vlas, Ed Sofia, București, p226

[116] ibidem

consumului de alcool periculos la adulți tineri, dar necesită resurse care nu sunt disponibile frecvent.

Un studiu randomizat din America a testat pe o perioadă de trei 3 luni o intervenție folosind mesaje pe telefon mobil (sms), pentru tinerii cu risc crescut pentru consumul de alcool. În fiecare zi în Statele Unite, mai mult de 50.000 de tineri adulții cu vârsta între 18 și 24 de ani vizitează un departament de urgență dintre care jumătate au probleme legate de consumul de alcool.[117] Astfel au fost randomizați 765 de pacienți tineri care s-au prezentat la secția de primiri urgență și au fost testați pozitiv pentru utilizarea periculoasă a alcoolului în trei grupe: intervenții de evaluare a SMS-urilor care au fost rugați să răspundă la întrebări legate de consumul de băuturi și să primească feedback în timp real prin SMS în fiecare joi și duminică timp de 12 săptămâni (n=384), al doilea grup care au fost rugați să răspundă la consumul de alcool în fiecare duminică, dar nu au primit nici un feedback (n=196) și un grup de control care nu a primit niciun SMS (n¼185). Rezultatele primare au raportat numărul de zilele de consum și numărul de băuturi pe zi în ultimele 30 de zile, colectate printr-o metodă online de urmărire în timp și au fost analizate cu modele de regresie. În a doua fază au fost colectate răspunsuri cu privire la proporția participanților care au

[117] Kelly TM, Donovan JE, Chung T, et al. Brief screens for detecting alcohol use disorder among 18-20 year old young adults in emergency departments: comparing AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-Cut, and DSM-IV 2-Item Scale. Addict Behav. 2009;34:668-674.

avut episoade de consum de alcool în week-end și cu privire la cele mai multe băuturi consumate la o singură ocazie în timpul a 12 weekend-uri, răspunsuri colectate prin SMS.

Concluzia studiului a fost că o intervenție de tip SMS poate produce reduceri ale consumului de alcool și a numărului de băuturi consumate pe zi în cazul adulților tineri cu risc crescut pentru abuzul de alcool după ce au fost externați de la secția de primiri urgențe.[118]

Desigur că și în acest studiu au existat limite. O primă limită ar fi faptul că fiecare participant știa cărui grup aparține, pe urmă faptul că inclusiv informațiile primite în formă de self-report prezintă o limitare. În final, constatările nu pot fi generalizate la grupurile de persoane care nu au fost incluse în acest studiu.

Studiile despre cât de eficiente sunt intervențiile de scurtă durată precum un interviu motivațional, un feedback, în reducerea consumului de alcool au fost realizate încă din 2008 când Monti și colaboratorii a demonstrat că un interviu motivațional cu 87 de tineri are un efect în reducerea consumului de alcool la 6 luni după ce aceștia au fost externați din spital.[119]

---

[118] Suffoletto B, Kristan J, Callaway C, Kim KH, Chung T, Monti PM, Clark DB.A text message alcohol intervention for young adult emergency department patients: a randomized clinical trial. Ann Emerg Med. 2014 Dec;64(6):664-72.e

[119] Mont i PM, Ba r net t N P, Colby SM, et a l. Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. Addiction. 2007;102:1234-1243.

În 2012, D`Onofrio şi colaboratorii au demonstrat cum un scurt interviu cu persoanele care au consumat alcool la un nivel ridicat de risc ar putea reduce consumul de alcool de la 6 şi 12 luni după externare.[120]

V.16.a. **Programe de prevenire în şcoală**

Elevii din şcoala primară nu cunosc foarte multe despre droguri. Potrivit unui studiu efectuat de Life Education în rândul copiilor între 9 şi 11 ani, la întrebarea „ce droguri cunoaşteţi?", răspunsul dat de 50% dintre elevi a inclus patru sau mai multe tipuri de droguri, menţionate spontan, printre care cel mai cunoscut era cocaina, răspuns oferit de

71% dintre copii. Studiul sugerează că diferenţele sunt determinate de programa şcolară care include subiectul drogurilor ilegale.[121] Din păcate, există şcoli în România care nu au nicio formă de educaţie antidrog la vârste mici.

Primele programele de prevenire din şcoală au fost în principal de informare şi adesea folosind tactici de speriat; având la bază presupunerea că, dacă tinerii înţelegeau pericolele consumului de alcool, ei ar alege să nu consume. Aceste programe au fost

---

[120] D'Onofrio G, Fiellin DA, Pantalon MV, et al. A brief inter vention reduces hazardous and harmful drinking in emergency department patients. Ann Emerg Med. 2012;60:181-192

[121] Joshi, Liat Hughes, *Cum ne educăm copiii (4-11 ani)*, traducere de Andra Hâncu şi Ioana Panţir, Ed Polirom 2012, p. 186

total greșite. Astăzi, s-au dezvoltat alte programe eficiente în școli, care au adesea o serie de elemente în comun: urmează modele de influență socială și includ stabilirea de norme, abordarea presiunilor sociale de a bea și predarea unor abilități de rezistență la consum. Aceste programe oferă, de asemenea, servicii interactive și informații adecvate dezvoltării sociale, și totodată furnizează formare pentru profesori.[122]

Centrele de sănătate din cadrul școlilor au fost asociate cu rezultate pozitive în ceea ce privește sănătatea și rezultate academice. California Healthy Kids Survey este un studiu care a adunat date de la 504 licee tradiționale din California raportând o asocierea între folosirea centrelor și consumul de alcool, tutun și alte consumuri de droguri pe rasă / etnie, sex și statutul socio-economic.[123]

Însă, din păcate, nu toate programele din școală s-au dovedit a fi eficiente în reducerea comportamentelor de risc, așa cum este cazul unui studiu publicat în 2017. Centrul pentru Controlul și Prevenirea Bolilor din America a identificat șase comportamente critice de risc (leziuni și violențe neintenționate, comportamente sexuale care duc la sarcini și infecții, consumul de alcool și alte

[122] National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Interventions for alcohol use and alcohol use disorders in youth. Alcohol Research & Health 28(3):163–174, 2004/2005

[123] Bersamin M, Paschall M, Fisher DA, School-Based Health Centers and Adolescent Substance Use: Moderating Effects of Race/Ethnicity and Socioeconomic Status, J Sch Health. 2017 Nov;87(11):850-857. doi: 10.1111/josh.12559.

droguri, consumul de tutun, obiceiuri alimentare slabe și activități fizice insuficiente). Scopul unui studiu cantitativ a fost de a investiga care comportamente de risc pentru sănătate au fost influențate de un nou centru de sănătate din școli (SBHC), folosind două sisteme de școli urbane în regiunea Atlanticului Mijlociu în 2007, respectiv 2011. În studiul din 2007, au fost analizați într-o școală 548 de elevi din Carolina de Nord și 594 din Virginia, iar în anul 2011 au fost 347, respectiv 397 elevi. Instrumentul de analiză a folosit un chestionar cu 95 de întrebări pentru liceu și 49 de întrebări pentru școala gimnazială. Principala constatare din acest studiu a fost că programele nu au avut un efect semnificativ asupra comportamentelor de risc al elevilor din sistemul școlar, ceea ce obligă admnistrația școlară să aanalizeze cât de serioase sunt programele oferite și cum se pot îmbunătăți.[124]

V.16.b. Programe de prevenire pentru familie

Programe de prevenire pentru familie au la bază crearea de abilități pentru părinți de a influența dacă copiii lor sunt bine documentați și dețin informații despre consum. Bunăoară, stabilirea unor reguli clare împotriva consumului de alcool, prin aplicarea consecventă a acestor reguli și

[124] Bräker AB, Soellner R.Is Drinking Contagious? An Analysis of the Collectivity of Drinking Behavior Theory Within a Multilevel Framework, Alcohol Alcohol. 2017 Aug 14:1-7. doi: 10.1093/alcalc/agx050

monitorizarea comportamentului copilului poate ajuta la reducerea probabilității consumului de băuturi alcoolice în cadrul minorilor. Recomandările specialiștilor către părinți sunt ca părinții să le ofere informații de bază copiilor pe care să le adapteze vârstei, la vârstele mai mici nefiind necesar să le ofere detalii legate de narcotice și caracteristicele lor. Li se recomandă părinților să fie atenți la informațiile pe care deja copiii le dețin din auzite (prieteni, internet), să limiteze expunerea copilului la știrile pentru adulți, să îi încurajeze și să îi liniștească.[125]

De exemplu, Programul Iowa Consolidarea Familiilor (ISFP), implementat când elevii erau în clasa a 6-a, este un program care a demonstrat efecte preventive de lungă durată asupra consumului de alcool.

Într-un alt studiu în care au fost incluși 2.937 de adolescenți (cu vârsta medie de 12,6), alături de părinții lor s-a oferit o intervenție pentru părinți și adolescenți și o intervenție separată doar pentru adolescenți și s-au studiat efectele acestei intervenții. Intervenția pentru părinți a modificat regulile și atitudinile privind alcoolul, așa cum au declarat părinții. S-a constatat un efect indirect al intervenției pentru părinți prin intermediul regulilor părintești. Intervenția combinată (părinți și copii) a influențat atât regulile și atitudinile raportate de adolescenți, cât și atitudinile față de alcool și autocontrolul perceput de adolescenți, dar numai regulile percepute

[125] Joshi, op cit, p. 188

și eficacitatea de sine, raportate de adolescenți, și atitudinile părintești au mediat asocierea intervenției combinate și debutul consumului săptămânal. Nu s-au constatat efecte semnificative ale intervenției separate pentru elevi asupra factorilor de mediere. Cu alte cuvinte, intervențiile cu părinții și adolescenții pentru a preveni consumul de alcool în rândul adolescenților pot viza în mod util regulile părintești față de alcool și încrederea în sine a adolescenților.[126]

V.16.c. Tratament medicamentos

De cele mai multe ori pacienții vor soluții miraculoase și dacă se poate să primească un medicament care să îi scape de depedență și mai mult să elimine orice formă de senzații negative, de dureri, stări de rău sau mai ales sevraj. În mod clasic, așa cum nota Vrasti, farmacoterapia dependenței de alcool cuprinde trei etape care includ terapia sevrajului, detoxifierea și mentinerea abstinenței.

[126] Koning IM, Eijnden J, Engels R, et al. Why target early adolescents and parents in alcohol prevention? The mediating effects of self-control, rules and attitudes about alcohol use, Addiction, 2010, vol. 106 (pg. 538-46)

Disulfiramul (antalcol, antabuse)

Mecanismul de acţiune al disulfiramului este dat de inhibiţia enzimei aldehid-dehidrogenaza care este responsabilă de oxidarea alcoolului în ficat. Prin blocarea acestei căi enzimatice în organism se acumulează acetaldehida ceea ce duce la simptomele deja mentionate. Pe lângă aceasta, disulfiramul inhibă dopamine-beta-hidro-xilaza, o enzimă implicată în controlul nivelului catecolaminelor cerebrale, ceea ce explică apariţia somnolenţei şi stării de oboseală de care se plâng pacienţii care iau această substanţă, raportându-se chiar apariţia unor stări confuzionale.[127]

Pentru dependenţa de heroină, cunoscuta metadonă se prescrie sub formă de tablete şi soluţie, ambele cu gust amar. Absorbţia este bună la nivelul tractului gastro-intes-tinal după administrare orală şi mult mai mai rapidă după injectarea subcutanată (10 minute). După administrare la nivel subcutanat sau intramuscular se înregistrează concentraţii maxime în creier într-un interval de 60–120 de minute.[128]

Naltrexona a fost aprobată pentru a ajuta pe cei ce vor să abandoneze consumul de opiacee (heroina şi morfina). Cu alte cuvinte naltrexone este folosit

[127] Radu Vrasti: „Tratamentul Alcoolismului" http://www.vrasti.org/Cap.%205.%20Tratament%20farmacologic.pdf

[128] Prelipceanu, op cit, p 12-13

pentru diminuarea dependenței de opioizi. Cel mai mult s-a utilizat în tratamentul dependenței de alcool. Astfel că după publicarea eficacității primelor două tratamente prin naltrorexa în anul 1992, o serie de studii au confirmat eficacitatea medicamentului în reducerea frecvenței consumului de alcool.[129]

Naltrexona acționează blocând capacitatea opioizilor de a spori eliberarea dopaminei. Mai mult decât atât, ceea ce ne interesează pe noi, acest medicament are posibilitatea de a reprima compulsivitatea euforică și adicția devastatoare a pacienților dependenți de pornografia de pe internet.[130]

Rolul eficient al Naltrexonei în tratamentul adicției a fost susținut și de un alt studiu desfășurat în Israel, când unui grup de 72 de pacienți li s-a administrat timp de 6 luni natrexonă. Rezultatele au fost benefice, persoanele au început să aibă relații stabile, să primească o slujbă și să creeze relații sociale bune.[131]

---

[129] Schmitz, J, Stotts A, Rhoades H, Grabowski J, (2001). *Naltroxene and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients.* Addictive Behavior.26, (2), 167-180.

[130] Bost wick, Michael, Jeffrey A Bucci, (2008), Internet sex addiction treated with Naltroxone, Mayo Clinic Proceedings, Rochester, vol 83, Iss,2, p.266-280.

[131] Arturo G. Lerner, Marc Gelkopft, Mircea Sigal, Igor Oyffe, (1997), *Indicators Of Good Prognosis In Naltrexone Treatment: A Five-Year Prospective Study*, Addiction Research, Volume 4, – Issue 4, p. 390

Acamprosatul ca medicație de prevenire a recăderii

Acamprosatul este o substanță care intervine în sistemele neuroaminergice implicate în sindromul de dependență: glutamatul și acidul gama-amino-butiric (GABA). Astfel, acamprosatul crește numărul de receptori de captare a GABA crescând transmisia GABA-ergică la animalele de laborator alcoolizate.[132]

Acamprosatul nu acționează asupra cravingului ci actionează prin scăderea motivatiei de consum odată ce efectele consumului cronic de alcool au scăzut. Primele rezultate se obțin după primele 30-90 zile de tratament, interval în care riscul de consum este încă mare și nevoia de a susține eforturile pacientului este evidentă.[133]

Studiile, prin care s-a verificat eficiența acamprosatului în tratamentul dependenței de alcool, au raportat că există dovezi că acamprosatul crește abstinența și reduce numărul de zile de consum la alcoolicii dependenți și este bine tolerat și fără efecte secundare notabile.

---

[132] Daoust M, Legrand E, Gewiss M et al (1992): *Acamprosate modulates synaptosomal GABA transmission in chronically alcoholised rats*, Pharmacology Bichemistry and Behavior, 41:69674.

[133] Vrasti, op. cit, p 17

V.17. Scurte intervenții utilizând tehnologia mobilă

Intervențiile scurte sunt eficiente pentru consumatorii la risc. De exemplu, potrivit lui Kaner, screening-ul și intervenția scurtă în asistența medicală primară pot duce la o reducere cu 15-30% a consumului de alcool susținut timp de cel puțin 12 luni.[134] Astăzi, mai mulți tineri petrec o perioadă semnificativă de timp folosind tehnologia, ajungând să devină dependenți. Ca răspuns la aceste tendințe, mesajele au fost utilizate pentru mementouri pentru servicii de servicii de sănătate[135]. Mesajele (sms) sunt o componentă a programului NHS stop fumat în Anglia. Dar, foarte puține studii au investigat utilizarea mijloacelor de comunicare socială și/sau a mesajelor text în reducerea consumului de alcool. O intervenție săptămânală de mesaje text oferită

[134] Kaner, E. F. S., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Burnand, B. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews (2). doi: 10.1002/14651858.CD004148.pub3

[135] Buhi, E. R., Trudnak, T. E., Martinasek, M. P., Oberne, A. B., Fuhrmann, H. J., & McDermott, R. J.(2013). Mobile phone-based behavioural interventions for health: A systematic review. Health Education Journal, 72(5), 564-583. doi: 10.1177/0017896912452071

tinerilor a arătat un beneficiu în reducerea consumului săptămânal de alcool.[136]

Cu toate acestea, evaluările sistematice au constatat că unele intervenţii rapide pentru tinerii care suferă de vătămări legate de alcool au o calitate slabă a metodologiei, iar studiile viitoare trebuie să fie mai riguroase şi mai coerente. Alte intervenţii europene pentru reducerea efectelor nocive ale alcoolului în rândul tinerilor nu au fost eficiente în ansamblu sau au avut efecte mici până la moderate asupra consumului de alcool.

De ce media socială şi / sau tehnologia mobilă?

Folosirea social-media şi a intervenţiilor mobile are avantaje practice faţă de serviciile tradiţionale de tratament, cum ar fi costurile eficiente, atrăgătoare pentru tineri, uşor accesibile şi uşor de livrat la o populaţie mare şi într-un mod flexibil. Persoanele care pot beneficia de intervenţiile online de alcool sunt tineri deoarece sunt mai puţin susceptibili să acceseze serviciile tradiţionale de alcool. Studiile arată că 85% dintre băutorii care consumă şi au probleme nu intră niciodată în contact cu ajutorul profesional şi nu au fost concepute pentru ei nici

[136] Suffoletto B, Callaway C, Kristan J, Kraemer K, Clark DB., Text-message-based drinking assessments and brief interventions for young adults discharged from the emergency department. Alcohol Clin Exp Res. 2012 Mar;36(3):552-60.

o intervenţie eficientă care să utilizeze tehnologia mobilă. Prin urmare, este necesară dezvoltarea unei intervenţii inovatoare şi eficiente pentru a ajunge la aceşti tineri.

V.18. Modele teoretice

Studiile au demonstrat că tehnicile de schimbare a comportamentului utilizate în asistenţa faţă-în-faţă pot fi modificate pentru a fi furnizate prin intermediul telefoanelor mobile, ceea ce reprezintă o încurajare şi un avantaj deosebit. Intervenţiile comportamentale pentru consumul de alcool riscant, care prezintă îmbunătăţiri semnificative din punct de vedere statistic, includ setarea obiectivelor, feedback şi sfaturi.Dimensiunea efectului mai mare a avut o „auto-înregistrare promptă"[137]. Potrivit unor modele teoretice (MAP), oamenii se străduiesc să traducă intenţiile în acţiune, deoarece nu reuşesc să elaboreze cu suficientă detaliere cum să realizeze acţiunea dorită. O sarcină importantă pentru reuşita obiectivului de succes este de a specifica atunci când, unde şi cum să acţionăm. Teoria setărilor obiectivelor (GST) sugerează că două di-mensiuni influenţează performanţa: dificultate şi specificitate şi încurajează oamenii să

[137] Michie S, Whittington C, Hamoudi Z, Zarnani F, Tober G, West R., Identification of behaviour change techniques to reduce excessive alcohol consumption. Addiction. 2012 Aug; 107(8):1431-40.

stabilească obiective specifice și provocatoare, deoarece obiectivele dificile reprezintă o provocare pe care oamenii încearcă să o îndeplinească prin mobilizarea efortului.

Rezultatele unui studiu început în 2018 cu privire la problematica consumului de alcool și substanțe psihoactive în rândul tinerilor (n=177, 101 fete și 76 băieți), cu vârsta între 14-17 ani (67 de clasa a 8-a, 110 de clasa a X-a și a XI-a, din 2 școli generale și 3 licee din Sibiu).

1. Alcoolul îți oferă energie?

Da	Nu	Nu știu, nu am băut niciodată
(29)	(63)	(18)

2. Este băutul în rândul copiilor o problemă serioasă în România?

Da (68) NU (7) Nu știu (8)

3. Ce vârstă crezi că au avut majoritatea copiilor când au început să bea alcool?

14 ani.....(43 răspunsuri)
15 ani.....(29 răspunsuri)
16 ani.....(16 răspunsuri)
11 ani.....(3 răspunsuri)

4. Care sunt cele mai des consumate băuturi alcoolice de către prietenii tăi?

1. Bere .....(57 răspunsuri)
2. Vin.....(48 răspunsuri)
3. Vodcă .....(38 răspunsuri)
4. Whiskey .....(24 răspunsuri)
5. Jagermeinster .....(19 răspunsuri)

6. Care este primul motiv pentru care tinerii consumă alcool/droguri?

1. anturajul .....(124 răspunsuri)
2. problemele familiei .....(78 răspunsuri)
3. problemele personale....(74 răspunsuri)
4. să se distreze .....(59 răspunsuri)

8. Pot să beau şi să mă controlez?

Da - (105) NU - (12) Nu ştiu - (12)

9. Ştii părinţi care permit tinerilor sub 18 de ani să consume alcool acasă/ la bar?

Da (95) Nu (23)

10. De unde îşi iau majoritatea copiilor alcool?

95% de la magazinul din colţ

11. Marijuana dă dependenţă?

Da – 63 Nu – 24 Nu ştiu – 40

13. Care sunt cele mai consumate droguri?

Mariajuana	Cocaina	Heroina	Etnobotanice	Amfetamina	Ecstasy	Nu ştiu	Altele
111	28	8	4	5	6	12	ciuperci 2, venoase, crocodil, speis (2), pastile (4), LSD (5), ketamină (3)

14. Cunoşti pe cineva care a consumat droguri? În ce context?

52 de elevi au declarat că cunosc persoane care au consumat droguri. Ei au explicat atât contextul, cel mai des răspuns fiind: *la o petrecere, la o adunare culturală, cabane, cluburi, într-o excursie, acasă la o prietenă,* cât şi motivele da, *pur şi simplu nu mai suportă viaţa, drogurile l-au dus în lumea lui, ca să iasă dintr-o suferinţa* sau cu scopul *de a se relaxa.*

15. Dacă ai avea probleme cu alcoolul/drogurile cui i-ai spune prima dată?

Părinţilor	Prietenilor	Caut soluţii pe net	Unui psiholog	Nimănui
65	55	15	8	2

Doar 41 elevi au declarat că nu au băut niciodată alcool.

În schimb 123 au răspuns cu cine au băut, dintre care 94 elevi au declarant că au băut prima dată cu prietenii şi 29 au băut în familie (tata, verişor şi bunica). Doi elevi au răspuns că au băut singuri fiind acasă (unul la calculator)

Cu privire la cum s-au simţit prima dată: 35 s-au simţit bine, pentru 22 nu a fost o experienţă plăcută şi pentru 19 elevi nu a fost nimic special. Cei mai mulţi dintre ultimii au justificat că nu au consumat în exces (*pentru că a fost foarte puţin).*

Cu privire la vârstă, foarte puține răspunsuri au fost scrise însă dintre aceștia: 14 și 15 ani (14 răspunsuri), 16 ani (7 răspunsuri), 12 ani (3 răspunsuri), 13 ani (2 răspunsuri) și 18 respectiv 10 ani (2 răspunsuri).

Cei care au răspuns Nu la această întrebare, au răspuns tot Nu și la următoarea întrebare.

17. Dacă ești prietenul meu, bei cu mine?

Prin această întrebare s-a urmărit a se evalua gradul de influență al prietenilor, influența și presiunea prietenilor în consumul de alcool. Într-un mod surprinzător au fost mai multe persoane care au răspuns afirmativ și anume 90.

Da	Nu	Depinde
90	45 *Prietenia nu înseamnă asta*	12

18. Școala ta are un regulament despre alcool?

44 – Da Nu știu – 23

19. Școala îți oferă educație antialcool?

Ce este mai grav, mergând și mai în profunzime cu întrebarea aceasta este că 74 elevi au declarat în mod direct că nu au primit în școală nicio educație antialcool.

20. Ce programe sau servicii cunoști în orașul tău pentru a ajuta elevii să evite problemele cu alcoolul?

103 de elevi au declarat că nu cunosc, și 6 respondenți au declarat că cunosc programe antialcool respectiv unele asociații.

21. Ce crezi că ar trebui să se întâmple cu un copil care consumă alcool (de exemplu, dacă părinții află)?

Această întrebare a avut ca scop așteptările copiilor față de reacția părinților și modul în care ei percep soluțiile. Au existat două categorii de răspunsuri: dialogul părinților și pedeapsa. Astfel, 73 de elevi au considerat că în situația în care părinții află că propriul copil consumă cea mai eficientă metodă este dialogul, comunicarea și explicarea efectelor negative.

Să le explice de ce nu este bine, să comunice cu el, să fie ajutat, să stea de vorbă cu el și să îl convingă că nu e un lucru bun.

Ca dovadă, că pedepsele încă își au locul în mentalul românilor au existat și răspunsuri precum *Să fie pedepsit mult timp, să nu mai primească bani de buzunar. Să îi fie interzisă o perioadă de timp telefonul, calculatorul, viața socială. Să fie dus la școală de corecție.*

Doar 6 răspunsuri aici au făcut referire la apelarea la un psiholog.

23. Care sunt principalele motive pentru care tinerii consumă alcool/droguri?

a) O primă categorie, cu cele mai multe răspunsuri din total este **anturajul** (124 răspunsuri)

Anturajul, popularitatea, sunt influențați de cineva mai mare, de multe ori sunt îndemnați de prieteni, ca să fie in rând cu ceilalți, să pară interesați, să pară cool, să fie mai dezinvolți, să pară mai

grozavi, să pară maturi, interesanți, mai special ca persoana, par șmecheri, pentru că se cred „cool". Sunt atrași în anturaje negative care duc și la abandonarea școlii

b) Problemelor personale (78 de răspunsuri)

Răspunsuri precum *datorită suferinței, supărării, problemelor de acasă, relații familiale nefavorabile, automutilării, depresiei, când suferi, să uite de probleme, ca să scape de realitate, sa nu mai fie stresați, tristețe, să uite de vreo prietenă, au avut parte de ceva rău în viața lor și de aceea consumă, probleme, sunt deprimați, probleme în familie, cred că aceste substanțe le pot alina supărarea. Există, sunt tot mai multe probleme de familie și copiii se se simt bine în faptele lor, să uite de probleme, dorinta de a scăpa de realitate*

Aceste răspunsuri au fost mai prezente în grupul de vârstă 16-17 ani.

c) altă categorie a fost următoarea: de a te **distra**, de a te relaxa, să te simți bine, euforie, *te face să simți o senzație pe care nu ai mai simțit-o, de distracție, o stare anume, relaxare* senzația de libertate **(74 de răspunsuri)**

d) a patra categorie (**59 de răspunsuri**) au enumerat **curiozitatea**, ceva nou, experimentarea, să descopere stări noi, să evite plictiseala, experiențe noi, *Vor să vadă cum e, să atragă atenția părinților, pentru că sunt neglijați de părinți. Mulți încep când părinții lor sunt plecați în străinătate, uneori părinții le dau exemplu negativ.*

24. Există anumiți copii care au mai multe șanse să bea sau să se drogheze?

Scopul acestei întrebări a fost de a identifica copii dacă există o înțelegere a copiilor cu risc.

a) Cei cu un backgroundul familial cu probleme (78 răspunsuri)

Copii cu probleme în familie, părinții având o influență, cei care văd acasă aceste lucruri sau au probleme în familie și vor să uite, probleme financiare, părinți consumatori, copiii au mai multe șanse să bea deoarece pot avea exemple negative în familie sau între prieteni, unii pot fi influențați de familie, un părinte bea sau sunt despărțiți sau se ceartă, unii copii care nu locuiesc cu părinții lor sau sunt neascultători, cei care au un singur părinte (niciun părinte), copiii din familiile foarte bogați, mai ales cei bogate care au bani, deoarece le este oferită prea multă libertate de către părinți, cei care nu sunt îngrijiți de părinți. Cei influențați de părinți, deoarece și aceia consuma. Cei cărora li se permite în familie/cred că copiii ai căror părinți consumă des alcool sau droguri au șanse mai mar să adopte și ei aceste comportamente, cei care au probleme în familie/la școală, sunt depresivi. Uneori problemele de acasă îi determină să se drogheze. După părerea mea copiii care încep să consume substanțe suferă de depresie; Despărțirea de o persoană dragă; da cei care au probleme cu părinții și aceștia nu le au oferit o educație bună sau nu i-au sprijint în viață. Deoarece pot ascunde o poveste grea de viață, în spatele a ceea ce e. Unii o găsesc ca pe o scăpare, uită de tot; să uite de probleme, în cazul pierderii

părinților sau alte tragedii din viața lor; Da, pentru că ei iau exemplele părinților și prietenilor și încep să bea și ei din ambiție. Da, pentru că părinții au rezerve în casă de băutură, au bani de droguri, Probabil că cei din familii destrămate sau cei care au probleme personale. Cei care nu au părinți. Da, deoarece unii o găsesc ca pe o scăpare, uită de tot, cei care trec prin perioade grele prin viață.

b) Anturajul negativ (21 răspunsuri):

Anturaj de joasă speță, să bea din cauza altor amici care îi obligă, cei care sunt mereu în preajma unora care fac asta, primesc de la persoane care nu le vor binele, cei care vor neapărat să se integreze, totul depinde de cercul de prieteni și uneori de familie, cei care au anturaje gresite.

c) nu, toți au aceeași șansă (4 răspunsuri).

d) alte răspunsuri*: cărora le place*. Permisivitatea părinților: ***Da, unii părinți nu i-au asta ca fiind ceva serios spunându-le copiilor că pot să facă ce vor****, lipsa ocupației părinților față de ei, cei care au părinți neglijenți.*

ANEXE: INSTRUMENTE DE EVALUARE A CONSUMULUI DE ALCOOL (AUDIT, MAST, CAGE, DAST).

CHESTIONAR AUDIT[1]

Instrucțiuni: Mai jos sunt descrise unele obiceiuri și deprinderi ale persoanelor, legate de consumul de alcool. Vă rugăm să citiți cu atenție fiecare întrebare și să încercuiți varianta care se potrivește cel mai bine cu situația dumneavoastră. Vă rugăm să realizați acest lucru cu toată sinceritatea. Chestionarul este anonim, iar datele comunicate sunt confidențiale.

O unitate de alcool = 1 păhărel (40 ml de spirtoase sau 1 pahar cu vin sau 1 sticlă de bere).

1. De câte ori ați consumat băuturi alcoolice în ultimul an de zile?

0 – niciodată
1 – o dată pe lună sau mai puțin
2 – de 2-4 ori pe lună
3 – de 4 și peste 4 ori pe săptămână

[1] http://www.umfcv.ro/CCOP-alcoolism-audit

2. Câte unităţi alcoolice aţi consumat într-o zi (în medie), atunci când aţi folosit băuturi alcoolice?
0 – între 1-2 unităţi
1 – între 3-4 unităţi
2 – între 5-6 unităţi
3 – între 7-9 unităţi
4 – 10 şi peste 10 unităţi

3. De câte ori aţi consumat mai mult de 6 unităţi de alcool pe zi?
0 – niciodată
1 – mai mult decât o dată pe lună
2 – o dată pe lună
3 – o dată pe lună
4 – zilnic sau aproape zilnic

4. De câte ori v-aţi apucat de băut alcool şi nu v-aţi mai putut opri?
0 – niciodată
1 – mai mult decât o dată pe lună
2 – lunar
3 – săptămânal
4 – zilnic sau aproape zilnic

5. De câte ori nu v-aţi putut îndeplini obligaţiile zilnice (la locul de muncă, familiale etc.) din cauza băuturii, în ultimul an de zile?
0 – niciodată
1 – mai mult decât o dată pe lună
2 – lunar
3 – săptămânal
4 – zilnic sau aproape zilnic

6. De câte ori ați simțit nevoia să luați o gură de alcool (o dușcă) dimineața, pentru a depăși starea de mahmureală, în ultimul an de zile?

0 – niciodată
1 – mai mult decât o dată pe lună
2 – lunar
3 – săptămânal
4 – zilnic sau aproape zilnic

7. De câte ori ați avut, în ultimul an, un sentiment de remușcare sau vinovăție după consumul de băuturi alcoolice?

0 – niciodată
1 – mai mult decât o dată pe lună
2 – lunar
3 – săptămânal
4 – zilnic sau aproape zilnic

8. De câte ori, în ultimul an de zile, vi s-a întâmplat să nu vă amintiți ce s-a petrecut cu dumneavoastră în noaptea trecută, datorită consumului de alcool?

0 – niciodată
1 – mai mult decât o dată pe lună
2 – lunar
3 – săptămânal
4 – zilnic sau aproape zilnic

9. Ați fost implicat în accidente (rutiere, la locul de muncă etc.) datorită faptului că ați consumat băuturi alcoolice?

0 – Nu
2 – Da, dar mai demult

4 – Da, în anul trecut

10. O rudă, un prieten sau un medic s-au arătat îngrijoraţi de consumul dumneavoastră de alcool sau vi s-a sugerat să întrerupeţi consumul de alcool?

0 – Nu

2 – Da, dar nu în ultimul an de zile

4 – Da, în ultimul an de zile

Vârsta ..... ani
Sexul: F M
Ocupaţia: .....
Starea civilă (căsătorit, necăsătorit, văduv, divorţat, altă situaţie): .....

Interpretare:

Fiecare item este cotat cu valori cuprinse între 0 şi 4 puncte. Scorul minim este de 0 puncte, iar scorul maxim este de 40 puncte. Cu cât scorurile sunt mai mari, cu atât cresc consumul şi dependenţa de alcool.

Valoarea prag (cut-off score), de 5 puncte, maximizează valorile sensibilităţii şi specificităţii testului în depistarea persoanelor cu consum riscant de alcool. Pentru depistarea persoanelor dependente de consumul excesiv de alcool, cu serioase probleme medicale şi sociale generate de consumul excesiv de alcool, valoarea prag recomandată de Conigravo et al. (1995) este de 8 puncte.

Chestionar Mast

Testul de screening în vederea depistării alcoolismului, MAST – Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer, 1971, apud Patterson & colab., 2009)
Instrucțiuni: Mai jos sunt trecute o seamă de situații și stări sufletești legate de consumul de alcool. Vă rugăm să alegeți varianta care corespunde cel mai bine cu stările prin care ați trecut sau le încercați dumneavoastră și să le marcați printr-un „X" în cele două rubrici de răspuns; DA, NU din formular.

	da	nu
1. Considerați că sunteți un băutor normal? (prin normal, înțelegând că consumi mai puțin sau la fel de mult ca majoritatea celorlați oameni)		
2. V-ați trezit vreodată dimineața, după ce ați consumat alcool în seara precedentă, și să vă fie greu să vă amintiți o parte din seara trecută sau chiar deloc?		
3. Se plânge soțul sau alți parteneri cu privire la problema dvs. cu băutura?		
4. Puteți să vă opriți din băut după 1-2 pahare fără a face un efort considerabil?		
5. Vă simțiți vreodată prost în legătură cu consumul de alcool?		
6. Consideră prietenii sau rudele că sunteți un băutor obișnuit?		
7. Puteți în orice moment să vă opriți din băut, atunci când doriți?		

8. V-aţi interesat vreodată la o asociaţie/ cabinet specializat despre tratamentul/ metoda de care aveţi nevoie pentru a renunţa la alcool?		
9. Aţi intrat vreodată în conflicte când aţi băut?		
10. Aţi avut vreodată probleme cu partenerul din cauza consumului de alcool?		
11. A cerut partenerul dvs. sau membrii familiei ajutor cuiva în legătura cu problema dvs. legată de băutură?		
12. Aţi pierdut prieteni din cauza consumului de alcool?		
13. Aţi avut probleme la serviciu din cauza consumului de alcool?		
14. Aţi pierdut vreun loc de muncă din cauza consumului de alcool?		
15. V-aţi neglijat vreodată responsabilităţile legate de muncă, familie, mai multe zile la rând din cauza problemelor legate de alcool?		
16. Beţi des înainte de prânz?		
17. Aveţi probleme cu ficatul?		
18. Vi s-a întâmplat vreodată să tremuraţi puternic, să auziţi voci sau să vedeţi lucruri după ce aţi băut considerabil?		
19. Aţi cerut cuiva ajutor în legătură cu problema dvs. cu alcoolul?		
20. Aţi fost vreodată internat din cauza problemei cu alcoolul?		
21. Aţi fost vreodată internat într-o clinică de psihiatrie sau un spital general şi problema cu alcoolul să aibă legătură cu cauza internării?		
22. Aţi consultat vreun psihiatru în legătură cu această problemă?		

23. Aţi fost vreodată arestat în legătură cu vreo problemă legată de consumul de alcool?		
24. Aţi fost vreodată arestat pentru că aţi condus sub influenţa alcoolului?		

Scorarea:

Pentru itemii 1, 4, 6, 7 răspunsurile negative indică probleme legate de abuzul de alcool.

Pentru itemii 2, 3, 5, şi cei de la 9 la 25, răspunsurile pozitive indică probleme legate de alcoolism.

Scala atribuie o pondere de la **1 la 5** pentru fiecare item, ponderea de 5 fiind legată de diagnosticul de alcoolism. Întrebările care au capacitate mare de discriminare au primit o valoare de două puncte iar celelalte de un punct. Răspunsurile unui alcoolic la întrebările 8, 19 şi 20 au valoare de diagnostic şi acestora li se atribuie o valoare de cinci puncte. Scorul total este calculat prin însumarea itemilor şi variază între 0 şi 53.

Ponderea fiecărui răspuns este următoarea: **item 1** (2 puncte, răspunsul negativ indică problemă legată de alcool), 2 (2 puncte), 3 (1), 4 (2, răspunsul negativ indică prezenţa unei probleme legate de alcool), 5 (1), 6 (2 puncte, răspunsul negativ indică prezenţa unei probleme legate de alcool), 7 (2 puncte, răspunsul negativ indică prezenţa unei probleme legate de alcool), 8 (5), 9 (1), 10 (2), 11 (2), 12 (2), 13 (2), 14 (2), 15 (2), 16 (1), 17 (2), 18 (2), 19 (5), 20 (5), 21 (2), 22 (2), 23 (2), 24 (2).

Chestionarul pentru evaluarea dependenței de alcool Cage

(Ewing, 1984[2], apud Dhala & colab., 2007)[3]

1. Ați considerat vreodată că trebuie să renunțați la băutură?

Da ___ Nu ___

2. V-ați enervat pe oamenii care vă criticau în legătură cu băutul dvs.?

Da ___ Nu ___

3. V-ați simțit vreodată prost sau vinovat după ce ați băut?

Da ___ Nu ___

4. Ați băut vreodată dimineața pentru a vă liniști sau pentru a vă pune în mișcare?

Da ___ Nu ___

Două sau mai multe răspunsuri afirmative la acest chestionar indică un băutor problematic.

---

[2] Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA. 1984 Oct 12;252(14):1905-7.

[3] Dhalla S1, Kopec JA.The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies, Clin Invest Med. 2007;30(1):33-41.

TESTUL DE SCREENING PENTRU DETECTAREA

Consumului de droguri Dast
– Drug Abuse Screening Test
(Gavin, Ross, Skinner, 1989)[4]

1. Ați folosit altfel de medicamente decât cele care v-au fost prescrise?

Da ___ Nu ___

2. Ați făcut vreodată abuz de medicamentele prescrise?

Da ___ Nu ___

3. Ați făcut abuz de mai mult decât un medicament o dată?

Da ___ Nu ___

4. Trece vreo săptămână fără să luați droguri/ medicamente?

Da ___ Nu ___

5. Sunteți întotdeauna capabili să stopați consumul de medicamente când doriți?

Da ___ Nu ___

6. Ați avut momente în care v-ați pierdut concentrarea sau momente în care v-au venit în minte

[4] Gavin DR, Ross HE, Skinner HA. (1989), Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders. Br J Addict. Mar;84(3):301-7.

fulgerător imagini ca și rezultat al consumului de droguri/ medicamente?

Da ___ Nu ___

7. Vă simțiți vreodată prost sau vinovat în legătură cu uzul de droguri?

Da ___ Nu ___

8. Se plâng partenerul/ părinții dvs. vreodată în legătură cu consumul dvs. de droguri?

Da ___ Nu ___

9. A creat abuzul de droguri probleme între dvs. și partenerul/ partenera sau părinții dvs.?

Da ___ Nu ___

10. Ați pierdut prieteni din cauza uzului de droguri?

Da ___ Nu ___

11. V-ați neglijat familia din cauza uzului de droguri?

Da ___ Nu ___

12. Ați avut probleme la muncă din cauza uzului de droguri?

Da ___ Nu ___

13. Ați pierdut vreo slujbă din cauza abuzului de droguri?

Da ___ Nu ___

14. V-ați implicat în bătăi atunci când erați sub influența drogurilor?

Da ___ Nu ___

15. V-aţi angajat în activităţi ilegale pentru a obţine droguri?

Da ___ Nu ___

16. Aţi fost arestat pentru posesie de droguri ilegale?

Da ___ Nu ___

17. V-aţi simţit vreodată rău atunci când aţi încetat să mai luaţi droguri?

Da ___ Nu ___

18. Aţi avut probleme medicale ca şi rezultat al uzului de droguri? (pierderi de memorie, hepatită, convulsii, sângerări?).

Da ___ Nu ___

19. Aţi apelat la ajutorul cuiva în legătură cu o problemă legată de droguri?

Da ___ Nu ___

20. Aţi luat parte la vreun program de tratament legat de uzul de droguri?

Da ___ Nu ___

Cotare: se acordă 1 punct pentru toate întrebările la care se răspunde cu da, cu excepţia întrebărilor 4 şi 5 la care se acordă un punct în cazul în care se răspunde cu nu. Se realizează un scor compozit, prin simpla adunare a răspunsurilor. Întrebările se referă la ultimele 12 luni.

BIBLIOGRAFIE

Analiza de situaţie în România, ocazionată de campania Luna naţională a informării despre efectele consumului de alcool, Iulie 2015, Institutul Naţional de Sănătate Publică

Arturo G. Lerner, Marc Gelkopft, Mircea Sigal, Igor Oyffe, (1997), Indicators Of Good Prognosis In Naltrexone Treatment: A Five-Year Prospective Study, Addiction Research, Volume 4, – Issue 4

Aaro LE, Hauknes A, Berglund EL. (1981) Smoking among Norwegian school children 1975-1980: The Influence of Social Environment. Scand J Psychiat; 22

Anderson, P., Kochanek, K., Murphy. R, (2009). 'Impact of alcohol advertising and other media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies', Alcohol and Alcoholism, vol. 44, no. 3, pp. 229-243

Baciu, Adina, Aspecte antropologice privind influenţa drogurilor asupra tinerilor în societatea modernă, Antropologie şi Societate, colecţia zilele Rainer, 2015, coord Andrei Kozma, Cristina Glavce

Balababova, S., F. Parsche, and W. Pirsig. (1992) First identification of drugs in Egyptian mummies. Naturwissenschaften 79:358

Bălăceanu Stolnici, C., Glavce, C., Berescu M., Borosanu, A. (2010), Antropologia între ştiinţă şi cultură, Ed Pro Universitaria, Bucureşti

Bălăceanu-Stolnici, C., Papari, C.A., Papari, A., Cozaru G.C., Iomandescu I.B. (2012), Tentaţie şi dependenţă, Ed. Fundaţiei „Andrei-Şaguna", Constanţa

Bălăceanu Stolnici, C., Mecanisme neuropsihologice ale consumului de droguri, Alocuţiune susţinută în cadrul simpozionului Consumul şi dependenţa de droguri. Aspecte antropologice, juridice şi medico-sociale (25 ianuarie 2012), Biblioteca Academiei Române, http://www.ana.gov.ro/ordt/rsa/art_st1.pdf

Bălăceanu, Stolnici C. (2014), Lobul prefontral uman. Considerat ii ant ropologice, A nt ropologie şi Interdisciplinaritate, Colecţia Zilele Rainer, coordonatori, Andrei Kosma, Cristiana Glavce, Constàntin Bălăceanu-Stolnici, Niculescu

Bégouën, Éric, Bégouën France Marie-Brune (2013), New discoveries in the Sanctuary of Les TroisFrères cave (Ariège), Quartär 60,: 107-114

Bennett L. (1988) Alcohol in context: anthropological perspectives. Drugs Soc; 2: 89–131

Bersamin M, Paschall M, Fisher DA, School-Based Hea lt h Centers a nd Adolescent Substa nce Use: Moderating Effects of Race/ Ethnicity and Socioeconomic Status, J Sch Health. 2017 Nov;87(11):850-857. doi: 10.1111/josh.12559.

Bourgois P. (2003), Search of Research: Selling Crack in El Barrio. Cambridge: Cambridge University Press

Brown & Tapert (2004) as cited in National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia. (2009): www.nhmrc.gov.au

Bremner P, Burnett J, Nunney F, et al., Young People, Alcohol and Influences, 2011YorkJoseph Rowntree Foundation www.jrf.org.uk

Bräker AB, Soellner R, Is Drinking Contagious? An Analysis of the Collectivity of Drinking Behavior Theory Within a Multilevel Framework.Alcohol Alcohol. 2017 Aug 14:1-7. doi: 10.1093/alcalc/agx050.

Brook, J.S.; Whiteman, M.; Finch, S.; and Cohen, P. Aggression, intrapsychic distress, and drug use: Antecedent and intervening processes. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 34:1076–1084, 1995. PMID: 7665446

Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, Altieri A, Cogliano V. (2007), Carcinogenicity of alcoholic beverages. Lancet Oncol.;8:292–293

Baciu, Adina, Laslo, Claudia, Guja, Cornelia (2012), Infectia HIV/SIDA – fenomen antropologic, Studii şi cercetări de antropologie, nr 2, 8-13

Bălăceanu-Stolnici, C., Papari, C.A., Papari, A., Cozaru G.C., Iomandescu I.B. (2012), Tentaţie şi dependenţă, Ed. Fundaţiei „Andrei-Şaguna", Constanţa

Bergner, R. (2002). Sexual compulsion on heavy pornography involvement for romantic parteners; research and clinical implication. În Journal of Sex and Marital Therapy, 28, p. 193-206

Blume, A.W. (2011), Consumul şi dependenţa de droguri. Ghid practice de evaluare, diagnostic şi tratament, Ed. Polirom

Bostwick, Michael, Jeffrey A Bucci, (2008), Internet sex addiction treated with Naltroxone, Mayo Clinic Proceedings, Rochester, vol 83, Iss,2, p.266-280

Buhi, E. R., Trudnak, T. E., Martinasek, M. P., Oberne, A. B., Fuhrmann, H. J., & McDermott, R. J. (2013). Mobile phone-based behavioural interventions for health: A systematic review. Health Education Journal, 72(5), 564-583. doi: 10.1177/0017896912452071

Carlson R., Singer M., Stephens R. (2009), Sterk C. Reflections on 40 years of ethnographic drug abuse research: implications for the future. J Drug Issues; 39: 57–70.

Cartmell, L.W., A.C. Aufderheide, A. Springfield, C. Weems, and B. Arriaza 1991 The Frequency and Antiquity of Prehistoric Coca-Leaf-Chewing Practices in Northern Chile: Radioimmunoassay of Cocaine Metabolite in Human Mummy Hair. Latin American Antiquity 2: 260-268

Clark D. (2004),The natural history of adolescent alcohol use disorders. Addiction.;99 (Suppl 2):5-22

Clark D, Bukstein OG. (1998), Psychopathology in adolescent alcohol abuse and dependence. Alcohol Health and Research World;22(2):117-21.

Clark D, Thatcher, DL, Tapert, SF.. Alcohol, psychological dysregulation, and adolescent brain development. Alcoholism: Clinical & Experimental Research. 2008;32(3):375-85

Creţu, Tinca (2009), Psihologia vârstei, ediţia a III-a revizuită şi adăugită, Ed. Polirom, Iaşi,

Clerget. Stephane (2012), Criza adolescenţei. Căi de a o depăşi cu succes, trad. de Corina Cojocaru, Ed. Trei Culianu, IP (2007), Călătorii în lumea de dincolo, Ediţia a III-a, traducere de Gabriela si Andrei Oisteanu, Prefata si note de Andrei Oisteanu, Cuvint inainte de Lawrence E. Sulliva, Polirom

Culianu, IP (1999), Eros și magie în Renaștere. 1484. Trad de Dan Petrescu, prefață de Mircea Eliade, postafață de Sorin Antohi, Nemira, București

Cosmovici, Andrei (1996), Psihologie generală, Ed. Polirom, Iași

Clemenes, C.M (2014), Terapia dependențelor, abordări terapeutice ale recuperării pe termen lung, Ed Vidia Cattaneo, Z., Vecchi, T (2006), Psicologia delle differenze sessuali. Carocci Editore, Roma

Copăceanu, M., Bălăceanu-Stolnici, C. (2018), A Theoretical Transdisciplinary Approach to Drug Use: History, Anthropology and Culture, TheATLAS, Transdisciplinary Journal of Engineering & Science Vol. 9, pp. 3-11, 2018

Curry, S.J., Ludman, E.J. & McClure, J. (2003), Self administered treatment for smoking cessation, Journal for Clinical Psychology, 59, pg.305-319

Dafinoiu, Ion și Varga, Jenö László (2005), Psihoterapii scurte. Strategii. Metode. Tehnici. Ed.Polirom.Iași.

Daoust M, Legrand E, Gewiss M et al (1992):Acamprosate modulates synaptosomal GABA transmission in chronically alcoholised rats, Pharmacology Bichemistry and Behavior, 41:69674

Dhalla S1, Kopec JA.The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies, Clin Invest Med. 2007; 30 (1):33-41

Dèttore, David (1998) Il disturbo ossesivo-compulsivo. Carattersitiche cliniche e technice di interventi, Mc Graw Hill, Milano

De Araujo, I.E.T., Kringelbach, M.L., Rolls, E.T., Hobden, P., 2003a. The representation of umami taste in the human brain. J. Neurophysiol. 90, 313–319

Dănilă, Claudiu George (2010), Strategii terapeutice în consumul şi dependnţa de droguri, teză de doctorat, Universitatea de Medicină şi Farmacie „GR. T. Popa", Iaşi

Department for Children, Schools and Families, The Home Office, Department of Health Youth Alcohol Action Plan Presented to Parliament by the Secretary of State for Children, Schools and Families, the Secretary of State for The Home Office, Secretary of State for Department of Health by Command of Her Majesty June 2008

DiLorio C, Dudley WN, Soet JE, McCarty F.Sexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: the moderating role of protective factors. J Adolesc Health. 2004 Dec; 35(6):528. e11-20.

D'Onofrio G, Fiellin DA, Pantalon MV, et al. A brief intervention reduces hazardous and harmful drinking in emergency department patients. Ann Emerg Med. 2012;60:181-192

Donovan, J.E. Adolescent alcohol initiation: A review of psychosocial risk factors. Journal of Adolescent Health 35:529.e7–18, 2004. PMID: 15581536

Douglas M. (1987), editor. Constructive Drinking: Perspectives on Drink from Anthropology. NewYork: Routledge

Edwards, G. (2004), Matters of Substance: drugs-and why everyone's a user. P.xix. Thomas Dunne Books/ St. Martin's Press

Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA. 1984 Oct 12;252(14):1905-7

Eliade, M (2014), Şamanismul şi tehnicile arhaice ale extazului, trad Brindusa Prelipceanu şi Cezar Baltag, Humanitas, Bucureşti

Eliade, Mircea (1975), *Religii australine. O introducere*, trad Walter Fotescu, Bucureşti, ed Herald

Eliade, Mircea (1993), Jurnal, vol I (1941-1969) ed ingrijită de Mircea Handoca, Humanitas, Bucureşti

Fernandez-Guasti A, Rodriguez-Manzo G, (2003). Pharmacological and psychological aspects of sexual exhaustion in male rats. Scandinavian Journal of Psychology, 44 (3), pg 257-216

Franco Avenia et all, (2007), Manuale sulla sexual addiction. Definizioni, diagnosi, interventi, FrancoAngeli, Milano

Global status report on alcohol and health 2014, p. XIII http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

Grant BF, Hasin DS: The Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS), Rockville, MD, NIAAA, 1992

Gavin DR, Ross HE, Skinner HA. (1989), Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders. Br J Addict. Mar; 84(3):301-7.

Grayson, Henry, (2004) Mindful Loving. 10 practices for creating deeper connections. Gotham Books. New York

Goom, Roger (2004), Social Research Methodology. A critical introduction. Palgrave Macmillian, New York

Gardner N, Steinberg L. Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in

adolescence and adulthood: an experimental study, Dev Psychol, 2005, vol. 41 (pg. 625-35)

Goldberg, R, (2016), Dependentele copiilor si tinerilor. Lupta pentru libertate, Ed Univers Enciclopedic, Bucureşti

Gore FM, Bloem PJN, Patton GC. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis, Lancet, 2011, vol. 377, pg. 2093-102

Grant BF, Dawson DA. Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey, J Subst Abuse, 1997, vol. 9 (pg. 103-10)

Griffith, Edwards (2006), *Drogurileo tentaţie ucigaşă*, trad. de Octav Ciucă, Ed. Paralela 45

Groves S, Stanley BH, Sher L. Ethnicity and the relationship between adolescent alcohol use and suicidal behavior. International Journal of Adolescent Medicine & Health. 2007;19(1):19-2

Guerra-Doce, E. J Archaeol Method Theory (2015) 22:751. doi:10.1007/s10816-014-9205-z

Guerri C, Bazinet A, Riley E. Foetal Alcohol Spectrum Disorders and Alterations in Brain and Behaviour. Alcohol & Alcoholism 2009; 44(2):108–114.

Guilarmo-Ramos et al. (2005), Acculturationrelated variables, sexual initiation, and subsequent sexual behavior among Puerto Rican, Mexican, and Cuban Youth. Health Psychol. 24, 88– 95 în Popa, Camelia (2014), Relaţii familiale disfuncţionale şi problemee psihiatrice ale adolescenţilor, Studii şi cercetări de Antropologie, nr 3,

Guyer AE, Choate VR, Pine DS. Neural circuitry underlying affective response to peer feedback in adolescence, Soc Cogn Affect Neurosci, 2102, vol. 7 (pg. 81-92)

Hasin DS: Diagnostic interviews for assessment.

Background, reliability and validity, Alcohol Health & Research World, 1991, 15:293-30

Hall, G. Stanley (Granville Stanley), 1904, Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education, New York: D. Appleton and Company

Hawkins, JD, Catalano, R (1992): Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance use prevention, *Psych Bulletin*, 112:64-105

Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; Arthur, M.(2002), Promoting sciencebased prevention in communities. Addictive Behaviors 90(5):1–26,

Henkel D, Zemlin U. Social Inequality and Substance Use and Problematic Gambling Among Adolescents and Young Adults: A Review of Epidemiological Surveys in Germany Curr Drug Abuse Rev. 2016;9(1):26-48.

Hill, E.M. & Chow, K. (2002), Life-history theory and risky drinking. Addiction 7: 401-13.

Hussong A, Gould L, Hersh M. Conduct problems moderate self-medication and mood-related drinking consequences in adolescents, J Stud Alcohol Drugs, 2008, vol. 69 (pg. 296-307)

Jiloha, R.C. (2009), Social and cultural aspects of drug abuse in adolescents, Delhi Psychiatry Journal, vol. 12 no 2, 167-175

Jones, S.P., and Heaven, P.C. Psychosocial correlates of adolescent drug-taking behaviour. Journal of Adolescence 21:127–134, 1998. PMID: 9585491

Joshi, Liat Hughes (2012), Cum ne educăm copiii (4-11 ani), traducere de Andra Hâncu și Ioana Panțir, Ed Polirom

ICD-10, Clasifcarea Tulburărilor Mentale și de Comportament, ediția 10., ed. ALL, București, 1998

Kaner, E. F. S., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Burnand, B. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. CochraneDatabase of Systematic Reviews(2). doi: 10.1002/14651858. CD004148.pub3

Kenneth F. Schultz, PhD, MBA, Iain Chalmers, MBBS, MSc; Richard J. Hayes, MSc; Douglas G. Altman, Empirical evidence of Bias. Dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials, JAMA, 1995, 273 (5), 408-412

Kendall, J M (2003). Designing a research project: randomised controlled trials and their principles. Emerg.Med. J. 20: 164-168

Keller M, Doria J: On defining alcoholism, Alcohol Health & Research World, 1991, 15:253-259

Kuhn, Cyntia, Swartzwelder, Scott, Wilson, Wilkie (2014), Tripat ce trebuie să știi despre droguri? De la alcool la ecstasy, traducere de Teodora Nicolau, Ed Trei, București,

Kreitman N: The reliability of psychiatric diagnosis, J.Ment.Sci. 1961,107:876-886

Kedia S., van Willigen J., editors (2005). Applied Anthropology: Domains of Application. Westport, CT: Praeger Publishers

Kelly TM, Donovan JE, Chung T, et al. Brief screens for detecting alcohol use disorder among 18-20 year old young adults in emergency departments: comparing AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-Cut, and DSM-IV 2-Item Scale. Addict Behav. 2009;34:668-674.

Kodjo et al (2004) as cited in National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia. (2009) Available from: URL: www.nhmrc.gov.au

Koning IM, Eijnden J, Engels R, et al. Why target early adolescents and parents in alcohol prevention? The mediating effects of self-control, rules and attitudes about alcohol use, Addiction, 2010, vol. 106 (pg. 538-46)

Kuhn, Cyntia, Swartzwelder, Scott, Wilson, Wilkie (2014), *Tripat ce trebuie să ştii despre droguri? De la alcool la ecstasy*, traducere de Teodora Nicolau, Ed Trei, Bucureşti

Laucht M, Becker K, Blomeyer D, Schmidt MH. Novelty seeking involved in mediating the association between the dopamine D4 receptor gene exon III polymorphism and heavy drinking in male adolescents: results from a high-risk community sample, Biol Psychiatry, 2007, vol. 61 (pg. 87-92)

Lynch BS. and Bonnie RJ. (1994), Growing up tobacco free: Preventing nicotine addiction in children and youths. Washington, DC: National Academy Press

Lee, J.A.; Jones–Webb, R.; Short, B.J.; and Wagenaar, A.C. Drinking location and risk of alcohol–impaired driving among high school seniors. Addictive Behaviors 22:387–393, 1997.

Linden, David J. (2014), Busola plăcereii, de ce ne plac jocurile, mâncarea nesănătoasă, alcoolul, orgasmul și marijuana, trad din engleză și note Loredana Maria Oprea, Ed. All, București

Milrad R. (1999), Co-addictive recovery: early recovery issues for spouses of sex addicts. Sexual Addiction and Compulsivity, 6, p. 125-136

Mark H. Bird, (2006), Sexual Addiction and marriage and family therapy: facilitating individual and relationship healing through couple therapy. Journal of Marital and Family Therapy, Oxford, vol. 32, Iss.3, p. 297-311

Moon, G., Gould, M. and col, (2000), Epistemology and introduction, London, Open University Press

Marcelli, Daniel, Braconnier, Alain (2006), Tratat de psihopatologia adolescenţie, Editura Fundaţiei Generaţia, traducere din limba franceză Andrei Constantinescu, Larisa Damian, Magda Ionescu, Sonia Pătrașcu

Marshall, Jane (2014), Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences, Alcohol and Alcoholism, Volume 49, Issue 2, 1 March, Pages 160–164

Mason WA, Hitchings JE, Roth RL. Emergence of delinquency and depressed mood throughout adolescence as predictors of late adolescent problem substance use, Psychol Addict Behav, 2007, vol. 21 (pg. 13-24)

McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. (2011), Adult consequences of late adolescent alcohol

consumption: a systematic review of cohort studies, PLoS Med, vol. 8 pg. e1000413

Michie S, Whittington C, Hamoudi Z, Zarnani F, Tober G, West R., Identification of behaviour change techniques to reduce excessive alcohol consumption. Addiction. 2012 Aug; 107(8):1431-40.

Monti P, Miranda R, Nixon K, Sher K, Swartzwelder H, Tapert S, White A, Crews F. Adolescence: Booze, Brains, and Behavior. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2010; 29(2):207–220

Monti PM, Barnett NP, Colby SM, et al. Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. Addiction. 2007;102:1234-1243.

National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia. [online] 2009 Available from: URL: www.nhmrc.gov.au

National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA). Traffic Safety Facts 2002: Alcohol. DOT Pub. No. HS–809–606. Washington, DC: NHTSA, National Center for Statistics & Analysis, 2003. Available online at: http://www-nrd.nhtsa.dot.gov/Pubs/2002alcfacts.pdf

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Interventions for alcohol use and alcohol use disorders in youth. Alcohol Research & Health 28(3):163–174, 2004/2005

Nelson EE, Leibenluft E, McClure EB. The social reorientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology, Psychol Med, 2005, vol. 35 (pg. 163-74) Nesse,

R.M. (2002). *Evolution and addiction*. Addiction 97: 470-71.

Nesse, R. (1994): An evolutionary perspective on substance abuse. Ethology and Sociobiology 15:339-348.

Newbury-Birch, Dorothy, Department for Children, Schools and Families (DCSF), corp creator. (2009) Impact of alcohol consumption on young A Review of Reviews, Department for Children, Schools and Families Newcastle University

NHS Health Scotland 2014, Alcohol screening and brief interventions for young people

Negrei, Carolina, Gabriela Popescu, Miriana Stan, Corina Dalia Toderescu, Lucian Mircea Bogdan Dumitru, Daniela Baconi, Toxicomania – o problemă cu implicații interdisciplinare, Practica Farmaceutică,Vol. 8, Nr. 2 (26), An 2015, 61-67

Neuman, Lawrence W (2006), Social Research Methods. Quantitative and Qualitative Approaches, 6th ed., Hardcover. Pearson International Edition

Nora D. Volkow, (2006), The Science of Addiction, Junior Scholastic, NY, vol. 109, Iss 6

OLeary, Zina (2004), The essential guide to doing research, Sage Publications, London

Oltmanns, T.F., Neale, J.M., & Davinson, G.C. (2003), Case studies in abnormal psychology (6 edith), New York: Wiley

Oișteanu, A. (2014), Religie, politică și mit. Texte despre Mircea Eliade și Ioan Petru Culianu, Polirom Iași

Oișteanu, Andrei (2016), Sexualitate și societate. Istorie, religie și literature, Ed Polirom, Iași,

Oișteanu,A (2010), Narcotice în cultura română: istorie, religie și literatură, Polirom, Iași

Popa, Camelia (2014), Relații familiale disfuncționale și problemee psihiatrice ale adolescenților, Studii și cercetări de Antropologie, nr 3

Prelipceanu, Dan., Cicu, Gabriel (2010), Ghid clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee / – București: Editura Asociației Psihiatrice Române

Prelipceanu, Dan, Victor Voicu (2004), Abuzul și dependența de substanțe psihoactive. Manual pentru studenții în medicină și medicii rezidenți psihiatrii. Ed.Info Medica, București

Parsche, F. (1993) Reply to „Responding to 'First identification of drugs in Egyptian mummies'". Naturwissenschaften 80:245-246

Pedersen W, Samuelsen SO, Wichstrøm L. Intercourse debut age: poor resources, problem behavior, or romantic appeal? A population-based longitudinal study, J Sex Res, 2003, vol. 40 (pg. 333-45)

Popovivi I, French MT. Binge drinking and sleep problems among young adults, Drug Alcohol Depend, 2013. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013,02.001

Raportul European privind drogurile, Tendințe și evoluții (2016), Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCDDA)

Raport national privind situatia drogurilor 2016, Agenția Națională Antidrog

Răşcanu, R. (2008), Dependență și drog. Aspecte teoretice și clinice-ameliorative. București, Editura Universității

Răşcanu R (2004). Alcool şi droguri: «virtuţi» şi capcane pentru tineri, Bucureşti, Editura Universităţii din Bucureşti

Roche, A.M.,. Bywood, J. Borlagdan, B. Lunnay, T. Freeman, L. Lawton, A. Tovell and R. Nicholas. (2007). 'Young people and alcohol: the role of cultural influences', National Centre for Education and Training on Addiction, Adelaide

Rose RJ, Dick DM, Viken RJ, Kaprio J. Geneenvironment interaction in patterns of adolescent drinking: regional residency moderates longitudinal influences on alcohol use, Alcohol Clin Exp Res, 2001, vol. 25 (pg. 637-43)

Room R. (1984), Alcohol and ethnography: a case of problem deflation? Curr Anthropol; 25: 169–78

Rudgley, Richard (2009), *Enciclopedia drogurilor*, trad Anacoana Mîndrilă-Soneetto, Paralela 45, Piteşti

Russell, M. Prevalence of alcoholism among children of alcoholics. In: Windle, M., and Searles, J.S., eds. Children of Alcoholics: Critical Perspectives. New York: Guilford, 1990. pp. 9–38

Russo, Ethan et al (2008), Phytochemical and genetic analyses of ancient cannabis from Central Asia, Journal of Experimental Botany, Vol. 59, No. 15, pp. 4171-4182.

Raviv, M. (1993), Personality characteristics of sexual addicts and pathological gambles. Journal of Gambling Studies, 9, pg. 7-13

Răşcanu, Ruxandra (2008), Dependenţă şi droguri. Aspecte teoretice şi clinic ameliorative, Ed. Universităţii din Bucureşti, Bucureşti

Rehm, J.; baliunas, D. Borges, G.I.; et al (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction, 105: 817–843

Ţurlea, Stelian (1991), Bomba drogurilor, Humanitas, Bucureşti,

Saunders B, Baily S. Alcohol and young people: Minimizing the harm. Drug and Alcohol Review. 1993;12(1):81-90.

Schmitz, J, Stotts A, Rhoades H, Grabowski J, (2001). Naltroxene and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. Addictive Behavior. 26, (2), 167-180

Scheneider, J., Schneider, B. (1991), Sex, lies, and forgiveness: couples speaking out on healing from sex addiction. Center City, Hazleden Educational Materials

Singer, MR (2012) Antropology and Addiction: an historical review, Addiction, 107(10):1747-55

Stanciu C., Cotruş. A, Factori psihologici şi sociali implicaţi în consumul de droguri la adolescenţi, Revista de Neurologie şi Psihiatrie a Copilului şi Adolescentului din România – Martie 2014 – vol. 17 – nr. 1

Suffoletto B, Kristan J, Callaway C, Kim KH, Chung T, Monti PM, Clark DB.A text message alcohol intervention for young adult emergency department patients: a randomized clinical trial. Ann Emerg Med. 2014 Dec;64(6):664-72.

Sullivan RJ, Hagen EH (2002), Psychotropic substance-seeking: evolutionary pathology or adaptation? Addiction, 97: 389-400

Sussman, Susan, A. (2008), *Drug abuse. Conception. Prevention.Cesation.*, Cambridge University Press

Suffoletto B, Callaway C, Kristan J, Kraemer K, Clark DB., Text-message-based drinking assessments and brief interventions for young adults discharged from the emergency department. Alcohol Clin Exp Res. 2012 Mar;36(3):552-60.

Şerban, Alexandra, Efectele consumului de droguri în preistorie: dezvoltarea limbajului, a conştiinţei de sine şi a religiei în https://www.historia.ro

Ştefănescu, Paul (1994), Plante de vrajă, Ed All, Bucureşti

Tratamentul farmacologic cu metadonă al dependenţei de opiacee Protocol clinic naţional, Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova, Chişinău, 2015

Vrasti, Radu (2002), Alcoolismul – Detectie, Diagnostic si Evaluare, Un compendiu de scale, chestionare si interviuri standardizate. Timpolis, Timisoara

Vrasti, Radu: „Tratamentul Alcoolismului" http://www.vrasti.org/Cap.%205.%20Tratament%20farmacologic.pdf

http://www.who.int/gho/alcohol/en/

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

Valentine, G; Holloway, S.L; Jayne, M. & Knell, C. (2007): Drinking places: where people drink and why. York: Joseph Rowntree Foundation.

Vera, Luis (2011), Terapia cognitive comportamentală la copii şi adolescenţi, Ed Polirom, Iaşi

Vetulani J. (2001), Drug Addiction, part I, psychoactive substances in the past and present, Pol J Pharmacol, 53:201-204

Wan, M., Finlayson, R., & Rowles, A. (2000), Sexual dependency treatment outcome study. Sexual Addiction & Compulsivity, 7 (3), 177-196

Webb, Penny, Rain, Chris, Sandi Pirozzo, (2005), Essential Epidemiology: An introduction for students and health professionals. Cambridge University Press

Webber, M., (2008), Paşii transformării. Un preot ortodox vorbeşte despre cei 12 paşi, trad Nicoleta Amariei şi Claudia Varga, Ed. Kolos, Iaşi

Webber, M, O perspectivă ortodoxă asupra psihoterapiei. Biserica şi recuperarea alcoolicilor, Revista Teologică nr 4/2012, trad Anamaria Ilieş, 289-295

West, R., Smyth, C., West, J. (2014), Formula antifumat. Calea revoluţionară de a te lăsa de fumat, trad Constantin DumitruPalcus, Lifestyle Publishing

Watts, Alan (2017), *Cosmologia voioasă*, trad Marian Stan, Ed Herald, Bucureşti

Winkelman, M. (2001) Alternative and traditional medicine approaches for substance abuse programs: A shamanic approach. International Journal of Drug Policy 12: 337-51.

Welch KA, Carson A, Lawrie SM. Brain structure in adolescents and young adults with alcohol problems: systematic review of imaging studies, Alcohol Alcohol, 2013, vol. 48 (pg. 433-44)

White V, Bariola E.,(2012), Australian secondary school students' Use of tobacco, alcohol and over-the-counter and illicit substances in 2011 Centre for Behavioural Research in Cancer. The Cancer Council Victoria

Windle, Michael, Alcohol Use Among Adolescents and Young Adults, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-1/79-86.htm

Young R, Sweeting H, West P. A longitudinal study of alcohol use and antisocial behaviour in young people, Alcohol Alcohol, 2008, vol. 43 (pg. 204-14)

Young, K., Griffin-Shelley, E.Cooper, A., O Mara, J. & Buchanan, J, (2000), Online infidelity:a new dimensio in couple relationships with implications for evaluation and treatment, Sexual Addiction and Compulsivity, II, 57-59.

Zeigler D, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, et al. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine 2005;40(1):23-32

Zorin, K.V. (2014), Dependența de computer, de jocuri, de nicotine, traducere de Adrian Tănăsescu Vlas, Ed Sofia, București

http://www.education.vic.gov.au/documents/school/teachers/health/factsheet12011.pdfhttp://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2016/01/A-analiza-de-situatie-2015.pdf

The Alcohol and Drug Foundation (ADF) Australia's https://adf.org.au/alcoholdrug-use/teenagers/influencers/

https://www.nice.org.uk/guidance/ph24/chapter/1-re-commendationshttp://www.education.vic.gov.au/documents/school/teachers/health/factsheet12011.pdf

Consumul de droguri a început demult probabil încă de la zorile umanității. Consumul și dependența de droguri este una din cele mai sumbre forme de activitate umană prin efectele nocive pe care le are asupra indivizilor și perspectiva tragică pe care o deschide pentru destinul speciei noastre. Această carte parcurge toate problemele legate de consumul și dependența de droguri. Ea dă și unele soluții. Să sperăm că efectele ei nu se vor limita doar la o informare a publicului, dar și la o mobilizare a lui pentru a participa activ la lupta împotriva acestui flagel.

Constantin Bălăceanu Stolnici,
Membru de onoare al Academiei Române,
Președintele Centrului Internațional Antidrog și pentru
Drepturile Omului-CIADO

Cartea lui Copăceanu este o contribuție promptă și relevantă la o problemă tot mai arzătoare în multe părți ale lumii. Cartea promite să aducă cititorilor din diferite domenii ale vieții un subiect de reflecție și de dezvoltare ulterioară în moduri specifice nevoilor României, mai ales semnificative pentru tineri, a căror căutare a identității și a locului semnificativ în lume poate duce adesea pe calea abuzului de substanțe.

Psiholog Dr. Olivera Petrovich,
Universitatea Oxford

9 786067 118414
ISBN 978-606-711-841-4